

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A, 17º ao 21º andar, Vila

Gertrudes

São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)

# SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

## Condições Contratuais

### Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38

Processo SUSEP nº 15414.630594/2019-10

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](http://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 .....	13
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO .....	13
CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO .....	13
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO .....	18
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	21
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA .....	23
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA .....	23
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA .....	23
CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	24
CLÁUSULA 9 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO .....	26
CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO .....	27
CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	28
CLÁUSULA 12 – CAPITAL SEGURADO .....	29
CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS .....	29
CLÁUSULA 14 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	30
CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO .....	31
CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	31
CLÁUSULA 17 – BENEFICIÁRIOS .....	36
CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS .....	37
CLÁUSULA 19 – REGIME FINANCEIRO .....	39
CLÁUSULA 20 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE .....	39
CLÁUSULA 21 – PRESCRIÇÃO .....	39
CLÁUSULA 22 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	39
CLÁUSULA 23 – FORO .....	40
CONDIÇÕES ESPECIAIS .....	41
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M .....	41
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	41
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	41
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	41
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO .....	41
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	41
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO .....	41
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA .....	41
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS .....	42
CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	42

---

CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	43
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	43
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	43
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA.....	44
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	44
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	44
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	44
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO.....	44
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	44
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO.....	44
CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS .....	44
CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	44
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	45
CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	45
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	46
COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH-EC .....	47
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	47
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	47
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	48
CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	48
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	49
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	50
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	50
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA.....	50
CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA.....	50
CLÁUSULA 10 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	50
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	51
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	51
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	51
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS/FUNERAL COM CREMAÇÃO ESPECIAL – DC.....	52
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	52
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	52
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	52
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	54
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	55

---

---

CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	55
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	55
CLÁUSULA 8 – CARÊNCIA.....	55
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	56
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	56
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	56
CLÁUSULA 12 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS .....	56
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	57
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	57
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS/FUNERAL – DE.....	58
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	58
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	58
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	58
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	61
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	61
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	61
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	62
CLÁUSULA 8 – CARÊNCIA.....	62
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	62
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	62
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	62
CLÁUSULA 12 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	63
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	63
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	64
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	65
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	65
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	65
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	65
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	70
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	71
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO.....	71
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	71
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS .....	71
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	71
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	71
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	71

---

---

CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	72
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – MAJORADA – IPA–M.....	73
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	73
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	73
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	73
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	74
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	74
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	74
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	74
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS.....	75
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	75
CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	75
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	75
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA .....	76
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	76
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	76
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	76
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	77
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	77
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	77
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	77
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS.....	77
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	78
CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	78
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	79
COBERTURA ADICIONAL DE ACESSIBILIDADE FÍSICA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – AF–IPA .....	80
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	80
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	80
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	80
CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	80
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	80
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO.....	80
CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS.....	80
CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	80

---

---

CLÁUSULA 9 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	81
CLÁUSULA 10 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	81
COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO–A.....	82
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	82
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	82
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	82
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	82
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	83
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO.....	83
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	83
CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	83
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	83
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	83
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	83
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	84
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT.....	85
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	85
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	85
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	85
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	86
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	87
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	87
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	88
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA.....	88
CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA.....	88
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	88
CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	88
CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	88
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	88
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	89
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIH–AD .....	90
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	90
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	90
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	90

---

---

CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	91
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	92
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	92
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO .....	92
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA .....	92
CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA .....	93
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS .....	93
CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	93
CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	93
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	93
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	93
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A .....	94
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	94
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	94
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	94
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	95
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	96
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA .....	96
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO .....	96
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO .....	96
CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	96
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS .....	96
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	97
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	97
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	97
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A-UTI/CTI .....	98
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	98
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	98
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	98
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	99
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	99
CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO .....	99
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO .....	99
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA .....	99

---

---

CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	99
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	100
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	100
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	100
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	100
COBERTURA ADICIONAL COMPLEMENTAR DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIHC–EC.....	101
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	101
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	101
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	101
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	101
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	101
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	102
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	102
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA.....	102
CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA.....	102
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	102
CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	102
CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	103
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	103
CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	103
COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS DE ALTO CUSTO – DIH–EC–AC.....	104
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	104
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	104
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	104
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	105
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	106
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	106
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	106
CLÁUSULA 8 – FRANQUIA.....	107
CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA.....	107
CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS.....	107
CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	107
CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	107
CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	107

---

---

CLÁUSULA 14 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	107
COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ.....	109
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	109
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	109
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	109
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	109
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	110
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	110
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA.....	110
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO.....	110
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	110
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	111
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	111
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	111
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	111
COBERTURA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO NACIONAL AMPLO – TR–N–AMPLO.....	113
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	113
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS.....	113
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	113
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO .....	114
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	114
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	114
CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO.....	114
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS.....	114
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	114
CLÁUSULA 10 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO .....	115
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	115
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	115
COBERTURA ADICIONAL DE TRASLADO DE CORPO NACIONAL E INTERNACIONAL – TR–NI.....	116
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	116
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	116
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	116
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS.....	116
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO .....	117
CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	117
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA.....	117

---

---

CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO.....	117
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS.....	117
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA.....	118
CLÁUSULA 11 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO .....	118
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	118
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	118
COBERTURA ADICIONAL DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL POR DOENÇA OU ACIDENTE – AIFT-DA .....	119
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	119
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	119
CLÁUSULA 3 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	119
CLÁUSULA 4 – CARÊNCIA.....	119
CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO.....	119
CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO.....	119
CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS .....	120
CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	120
CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	120
CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	120
CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	120
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC .....	121
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA.....	121
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES.....	121
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS.....	122
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	123
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	123
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	123
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO.....	123
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO.....	123
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	123
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	123
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	124
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	125
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	125
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA OU GINECOLÓGICOS – DC-MG .....	126
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	126

---

---

CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	126
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	127
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	128
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	128
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA .....	128
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO .....	128
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO .....	128
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	128
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	129
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	130
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	130
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	130
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG .....	131
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	131
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES .....	131
CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS .....	132
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	133
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	134
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA .....	134
CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO .....	134
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO .....	134
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	134
CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	134
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	135
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	135
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	137
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) .....	138
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	138
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	138
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	138
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO .....	139
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	139
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA .....	139
CLÁUSULA 7 – FRANQUIA .....	139
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS .....	139
CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO .....	139

---

---

CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO .....	140
CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	140
CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	140
CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	141
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE FILHO(S) E/OU ENTEADO(S) .....	142
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA .....	142
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	142
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	143
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO .....	143
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	143
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA .....	143
CLÁUSULA 7 – FRANQUIA .....	143
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS .....	143
CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO .....	144
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA .....	144
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	144
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	145
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE DEPENDENTE AGREGADO .....	146
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA .....	146
CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS .....	146
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS .....	146
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO .....	147
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	147
CLÁUSULA 6 – FRANQUIA .....	147
CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA .....	147
CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO .....	147
CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS .....	147
CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DAS COBERTURAS .....	147
CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	148
CLÁUSULA 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS .....	148

---

## 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. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Seguro apresentada pelo Segurado, Proponente, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

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

2.2.1. Incluem-se nesse conceito:

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

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

- A) **AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISIVELMENTE CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;**
- B) **AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- C) **AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM ESSES, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS**

**CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E**

**D) AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO "INVALIDEZ ACIDENTÁRIA", NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, DEFINIDO NESTA CLÁUSULA.**

- 2.3. 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. Apólice:** documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) cobertura(s) solicitada(s), bem como estabelece os direitos e as obrigações das partes.
- 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 a Apólice, 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. Carência:** período de tempo, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, **durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória**, ou seja, em que o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados em eventual ocorrência de Sinistro.
- 2.11. 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. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação desde seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.14. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.
- 2.15. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo seguro.
- 2.16. Cônjuge/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.
- 2.17. Conjugação:** 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 no exercício da profissão.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site [www.susep.gov.br](http://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 Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerentes à ocupação de uma pessoa.
- 2.23. 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 conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Contratação/Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas Doenças ou Lesões, por ocasião da contratação do seguro, ensejará a perda de direito às Coberturas previstas na Apólice.**
- 2.24. Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem alternativa terapêutica e perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 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:
- Filho(a) ou Enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
  - Filho(a) ou Enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; e
  - 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. IPC-A:** 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:** são aqueles meios que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologia tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras, 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 na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do 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 apresenta a Proposta.
- 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. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros que formaliza o interesse em contratar, alterar ou renovar o Seguro, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste
- 2.47. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.48. Reenquadramento Etário do Prêmio:** Aplicação de percentual de reajuste do prêmio em função da nova idade e/ou faixa etária do segurado.
- 2.49. 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 da apólice.
- 2.50. Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as

Indenizações decorrentes dos Eventos Cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

- 2.51. Regulação de Sinistro:** procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.
- 2.52. 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.**
- 2.53. Risco:** evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência por provocar prejuízos.
- 2.54. Riscos Excluídos:** 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 pela Apólice.
- 2.55. Segurado:** pessoa física exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 2.56. Segurado Dependente:** é o Cônjuge ou companheiro(a), filho(s) e/ou Enteado(s), do Segurado Titular, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja Segurado Titular na referida Apólice.
- 2.57. 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 na Apólice. **Não serão considerados dependentes agregados o padrasto, a madrasta, avó(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.**
- 2.58. Segurado Titular:** pessoa física responsável pela formalização da contratação do seguro, bem como pela sua manutenção junto à Seguradora.
- 2.59. Seguradora:** 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...
- 2.60. Sinistro:** ocorrência de evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.
- 2.61. Vigência do Seguro:** período de tempo fixado na Apólice durante o qual está em vigor o contrato de 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 estão determinados nas respectivas Condições Especiais de cada Cobertura.

**3.2.** As Coberturas do Seguro são aquelas escolhidas pelo Proponente e discriminadas na Proposta de Contratação e refletidas na Apólice

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

#### **3.3.1. Coberturas Suplementares**

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

**3.5.** 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:

- 3.5.1. As Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC e Decessos/Funeral – DE não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.5.2. A Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – Majorada – IPA–M somente poderá ser contratada com a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.**
- 3.5.3. A Cobertura Adicional de Acessibilidade Física em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – AF–IPA somente poderá ser contratada com a Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.**
- 3.5.4. A Cobertura Adicional de Diária por Incapacidade Temporária – DIT somente poderá ser contratada com a Cobertura Básica de Morte – M.**
- 3.5.5. 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.**
- 3.5.6. 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.**
- 3.5.7. A Cobertura Adicional de Diárias de Internação Hospitalar em UTI ou CTI decorrente de Acidente – DIH–A–UTI/CTI somente poderá ser contratada com a Cobertura Adicional de Diárias de Internação Hospitalar decorrente de Acidente – DIH–A.**
- 3.5.8. A Cobertura Adicional de Aquisição de Jazigo – AJ somente poderá ser contratada com uma das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.**
- 3.5.9. As Coberturas Adicionais de Diagnóstico de Câncer – DC, Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos – DC–MG e Doenças Graves – DG não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.5.10. A Cobertura Adicional de Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente somente poderá ser contratada com a Cobertura básica de Morte – M.**
- 3.5.11. 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 somente poderão ser contratadas em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC.**
- 3.5.12. As Coberturas Adicionais de Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR–N–AMPLO e Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR–NI não podem ser contratadas em conjunto.**
- 3.5.13. As Coberturas Adicionais de Traslado de Corpo (Nacional Amplo ou Nacional e Internacional) somente poderão ser contratadas com uma das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.**

- 3.6. A Seguradora poderá oferecer aos Proponentes à contratação das coberturas suplementares indicadas no subitem 3.3.1, o que permitirá a extensão das Coberturas Básicas e das Coberturas Adicionais contratadas aos dependentes Cônjuge/Companheiro(a) e/ou Filho(s)/Enteado(s) do Segurado, quando previsto nas respectivas Condições Especiais.
- 3.7. As Coberturas previstas nestas Condições Contratuais somente serão válidas quando contratadas e expressamente previstas na Proposta de Contratação e/ou na Apólice.
- 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 DESPORTIVA;
  - C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;
  - D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
  - E) DE DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
  - F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO, OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;
  - G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR

- ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
- H) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, INUNDAÇÕES, TUFÕES, TEMPESTADES OU QUAISQUER OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- I) DE EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE 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/OU INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DECORRENTES DE 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 DE 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; E
    - D) QUANDO CONSTATADO QUALQUER ATO ILÍCITO PRATICADO PELO SEGURADO, ENVOLVENDO A UTILIZAÇÃO DO VEÍCULO.

**4.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 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 COMPETIÇÕES ILEGAIS 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 NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.

**CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA**

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

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

**7.2.1. 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 PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NA CLÁUSULA 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, NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE DE SEGURO.**

## **CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO**

**8.1.** O Seguro é de contratação individual mediante apresentação da Proposta de Contratação à Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, Proponente ou por intermédio de seu representante legal e/ou pelo Corretor de Seguros, com o conhecimento prévio da íntegra das respectivas Condições Contratuais.

**8.1.1.** O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

**8.2. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**

**8.3.** Poderá ser aceito como Segurado, o Proponente que, na data da apresentação da Proposta esteja em plenas condições de saúde e de exercer atividade profissional, ou se for aposentado por idade ou tempo de serviço, se encontre em perfeitas condições de saúde. Em qualquer hipótese, o Proponente deverá ter **idade compreendida entre 14 (quatorze) anos e 80 (oitenta) anos completos.**

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

**8.4.** Na Proposta, deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 18 - PERDA DE DIREITOS.

**8.4.1.** Poderá ser parte integrante da Proposta de Contratação, o Questionário de Avaliação de Risco.

**8.4.2.** O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado.

**8.4.3.** Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.

**8.4.4.** O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a

respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

**8.4.5.** Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

- a) Nome completo;
- b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF;
- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) Número de telefone e código de DDD;
- e) Estado Civil;
- f) Profissão;
- g) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
- h) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

**8.5.** A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de Proposta de alteração ou de Proposta de renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

**8.5.1.** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido na Cláusula 8.5, poderá solicitar esclarecimentos, exames complementares e documentos complementares para análise e aceitação da Proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente à data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

**8.5.2. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.**

**8.5.3.** A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo previsto na Cláusula 8.5 caracterizará aceitação tácita da Proposta.

**8.5.4.** Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo à Seguradora. A Seguradora terá o prazo estabelecido na Cláusula 8.5 para manifestar-se sobre a alteração solicitada pelo Segurado, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros.

**8.6.** Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

**8.6.1.** Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

**8.6.2.** Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

**8.6.3.** Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a Cláusula 8.6 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou

deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

8.7. A emissão/disponibilização da Apólice, do Endosso ou de qualquer outro documento comprobatório do contrato será realizada em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data de aceitação da Proposta.

8.7.1. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.5, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.8. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 15 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

8.9. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

8.14. **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**

## **CLÁUSULA 9 –VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO**

9.1. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.2. O início de vigência da(s) Cobertura(s) contratada(s) e/ou da alteração de Capital Segurado, ocorridas durante a vigência da Apólice, acompanhará o início de vigência do novo Prêmio.

9.3. O prazo de vigência da Apólice será de 5 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio em até 60 (sessenta) dias, antes do término da vigência da Apólice, comunicar por escrito 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, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Segurado, seu representante legal e/ou Corretor de Seguros nos termos da **CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO** das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

9.4.1. Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em

que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.

**9.5. Este seguro é firmado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, observando-se o seguinte:**

**9.5.1.** Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e

**9.5.2.** Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice

**9.5.3.** Em nenhuma das hipóteses acima será devida a devolução dos Prêmios pagos durante a vigência da Apólice.

**CLÁUSULA 10 – PAGAMENTO DE PRÊMIO**

**10.1.** O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Anual ou Mensal), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

**10.1.1.** O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

**10.1.2.** Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

**10.1.3.** Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (Anual ou Mensal, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 10.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento

**10.2.** A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de, no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

**10.3.** Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

**10.4.** Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

- 10.5.** A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 10.6.** Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.
- 10.7.** 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.
- 10.8.** 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 DA APÓLICE E NA CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS.

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

- 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.** A APÓLICE DE SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDA 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 DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA;
- 11.5.5. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DA APÓLICE CONTRATADA; 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 na Apólice 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 valor dos Capitais Segurados estabelecidos na Apólice, ficando a critério da Seguradora sua aceitação mediante o pagamento de Prêmio adicional, se o caso.
  - 12.2.1. Os pedidos de alterações dos limites de Capital Segurado deverão ser formalizados à Seguradora, que o analisará, **respeitado os prazos previstos na CLÁUSULA 8 – FORMA DE CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO.**
- 12.3. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

## CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 13.1. O índice utilizado para as atualizações monetárias previstas nestas Condições Gerais será o **IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.**
  - 13.1.1. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o **IGP–M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS PARA O MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS.**
- 13.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido na Cláusula 13.1, 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 da Apólice, com base na variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses, apurado com até 2 (dois) meses de antecedência ou conforme prazo indicado na comunicação referente a atualização de valores.**
- 13.2.2. Os valores devidos a título de devolução de Prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data de sua efetiva devolução, considerando que:**
- 13.2.2.1. No Caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade Seguradora;
- 13.2.2.2. No Caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo Prêmio;
- 13.2.2.3. No Caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de recebimento do 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 nos subitens 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 do previsto nas Cláusulas 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 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

- 14.1. O Prêmio na data de Início de Vigência do Seguro será aquele estabelecido na Proposta de Contratação, sujeito as alterações decorrentes da mudança de idade de cada Segurado durante a vigência do seguro.**
- 14.2. Anualmente, a contar da data de início da vigência da Apólice ou da sua renovação, o valor do Prêmio das seguintes Coberturas será reajustado em função da mudança de idade do Segurado e**

consequente aumento do Risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico do seguro:

- a) Morte – M
- b) Morte Acidental – MA
- c) Decessos/Funeral – DE
- d) Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC
- e) Aquisição de Jazigo – AJ
- f) Traslado de Corpo Nacional Amplo – TR–N–AMPLO
- g) Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR–NI
- h) Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente – AIFT–DA
- i) Diagnóstico de Câncer – DC
- j) Diagnóstico de Câncer de Mama ou Ginecológicos – DC–MG
- k) Doenças Graves – DG
- l) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a)

**14.3. Os percentuais a serem aplicados no reajuste do Prêmio previsto nesta Cláusula serão previstos nas Condições Especiais da respectiva Cobertura.**

**14.4. Além do reajuste a que se refere o item acima, anualmente, na mesma data, o prêmio será atualizado monetariamente, conforme previsto na CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**

## **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, indenizável ou não, nos termos deste contrato, tão logo dele tome conhecimento, através dos canais disponibilizados pela Seguradora e indicados na apólice de seguro.

## **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, 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.

16.1.9. 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 **TODAS AS COBERTURAS:**

- 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. Caso o Segurado não possua comprovante de residência em nome próprio, poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante, informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros;
- c) No caso do Segurado representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) Beneficiário(s) individualmente; e
- e) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica assinado pelo(s) Beneficiário(s), se cabível.

16.2.1.2. Em adição aos documentos descritos na Cláusula 16.2, 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(s) de cada Beneficiário. Na falta do RG ou CPF do(s) Beneficiário(s), poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
- b) Se o Cônjuge for o Beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento,

extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do Segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;

- c) Em caso do Companheiro(a) ser Beneficiário é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde conste que o Companheiro(a) seja dependente do Segurado; e
- d) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s) e indicação de número de telefone (com DDD) para contato. Caso o Beneficiário não possua comprovante de residência em nome próprio poderá encaminhar declaração simples assinada pelo solicitante (quem abriu o Aviso de Sinistro), informando o local onde reside junto ao comprovante de endereço de terceiros.

**16.2.1.4. Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nas cláusulas 16.2.1.1, 16.2.1.2 e 16.2.1.3, deverão apresentar e enviar à Seguradora os seguintes documentos:**

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

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

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

**16.5. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.**

**16.6. 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.**

**16.7.** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do Médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.**

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

- 16.8.** 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.
- 16.9. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDIADO 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.**
- 16.10. 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.**
- 16.11.** A perícia será efetuada por Médico designado pela Seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o Segurado.
- 16.12. 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.**
- 16.13. 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.
- 16.14.** Os eventuais encargos de tradução necessários à regulação de Sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora. **O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.**

### **16.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

- 16.3.1.** Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro, a Seguradora pagará o Capital Segurado para a cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, 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 enviará 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.

**16.3.1.5.** No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 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.

**17.2.** 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.

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

**17.3.** 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..

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

**17.5.** 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.

**17.6.** 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.

- 17.7. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO DOLOSAMENTE A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME LEGISLAÇÃO EM VIGOR.**
- 17.8. É LIVRE A INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO.**
- 17.9. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE, SUBSTITUIR O(S) BENEFICIÁRIO(S) ANTERIORMENTE INDICADO(S), MEDIANTE SOLICITAÇÃO EXPRESSA POR ESCRITO À SEGURADORA, OBSERVADAS AS RESTRIÇÕES LEGAIS.**
- 17.9.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA, DA SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 17.9.2. A SEGURADORA NÃO CIENTIFICADA DA SUBSTITUIÇÃO ESTARÁ DESOBRIGADA PAGANDO AO ANTIGO BENEFICIÁRIO**
- 17.9.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO TEMPESTIVAMENTE E DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO E/OU SEU REPRESENTANTE LEGAL, COM A IDENTIFICAÇÃO DA APÓLICE E/OU PROPOSTA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DO SINISTRO.**
- 17.10. NÃO SERÁ ADMITIDA A INDICAÇÃO OU SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO POR PROCURAÇÃO.**
- 17.11. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL 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, na Apólice 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 da proposta 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:**

**A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

- i) 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**
- ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

**B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**

- i) 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**
- ii) 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.**

**C) 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.**

**18.1.4. O Segurado, por si ou seu representante legal, e/ou Beneficiário, deixar de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo**

---

**tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o Sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.**

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

**18.2.2. 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.**

**18.2.3. 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 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**22.1. O REGISTRO DESTES SEGUROS É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.**

**22.2. O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS E DA SOCIEDADE SEGURADORA NO SÍTIOS ELETRÔNICO [WWW.SUSEP.GOV.BR](http://WWW.SUSEP.GOV.BR).**

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

**22.3. QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS EM VIGOR DEVERÁ SER REALIZADA POR ENDOSSO À APÓLICE, COM A SOLICITAÇÃO DEVIDAMENTE FORMALIZADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU POR SEU CORRETOR DE SEGUROS.**

**22.4. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO PROTOCOLADAS PELA SEGURADORA JUNTO À SUSEP PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO [WWW.SUSEP.GOV.BR](http://WWW.SUSEP.GOV.BR), DE ACORDO COM O NÚMERO DE PROCESSO CONSTANTE DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO.**

### **CLÁUSULA 23 – FORO**

---

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

---

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

---

### COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

---

#### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento de Indenização ao Beneficiário, 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 e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou isoladamente com as demais Coberturas Básicas, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

#### CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

---

- 2.1. A presente Cobertura prevê o pagamento de indenização em caso de falecimento do Segurado por morte natural ou acidental, não decorrente de Riscos Excluídos e comprovada por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 16.2. - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e na CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura.

#### CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 3.1. **APLICAM-SE A ESTA COBERTURA AS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO.**

#### CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

---

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

#### CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

---

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

#### 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 falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito ou a data do Acidente Pessoal coberto no caso de morte acidental.

#### CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

---

- 7.1 **PODERÁ SER APLICADA CARÊNCIA NESTA COBERTURA PARA OS EVENTOS DECORRENTE DE DOENÇA. QUANDO APLICADA, A CARÊNCIA SERÁ DE 90 (NOVENTA) DIAS E ESTARÁ INDICADA NA APÓLICE.**
- 7.2 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.

**7.3** Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada na apólice após análise e aceitação do Risco.

## **CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS**

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

## **CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

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

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	11,26%	66	10,49%	91	7,40%
17	2,69%	42	12,13%	67	10,69%	92	7,29%
18	3,06%	43	12,73%	68	10,80%	93	7,21%
19	3,39%	44	12,88%	69	10,81%	94	7,15%
20	3,48%	45	12,68%	70	10,75%	95	7,10%
21	3,96%	46	12,26%	71	10,65%	96	7,06%
22	4,00%	47	11,73%	72	10,50%	97	7,03%
23	4,40%	48	11,10%	73	10,35%	98	7,13%
24	4,56%	49	10,50%	74	10,26%	99	7,31%
25	4,36%	50	9,83%	75	10,23%	100	7,55%
26	4,50%	51	9,22%	76	10,23%	101	7,83%
27	4,15%	52	8,60%	77	10,24%	102	8,12%
28	3,99%	53	8,02%	78	10,25%	103	8,41%
29	3,84%	54	7,56%	79	10,23%	104	8,68%
30	3,83%	55	7,21%	80	10,18%	105	8,92%
31	3,56%	56	6,92%	81	10,11%	106	9,13%
32	3,56%	57	6,71%	82	10,02%	107	9,30%
33	3,56%	58	6,59%	83	9,88%	108	9,43%
34	3,91%	59	6,75%	84	9,65%	109	9,52%
35	4,68%	60	7,14%	85	9,32%	110	9,57%
36	5,56%	61	7,74%	86	8,94%	111	9,59%
37	6,61%	62	8,43%	87	8,53%	112	9,58%
38	7,95%	63	9,14%	88	8,12%	113	9,54%
39	9,16%	64	9,73%	89	7,80%	114	9,47%
40	10,28%	65	10,18%	90	7,57%	115	9,55%

---

## CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

10.1 Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

11.1 Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 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 da pessoa 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;
- c) Exames Médicos realizados, que comprovem o diagnóstico firmado e indicado no Relatório Médico apresentado, se o caso.

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, se cabível; 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), se cabível.

11.2 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.

11.3 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 12 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

12.1 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 em conjunto ou isoladamente com a Cobertura básica de Morte – M, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.

### **CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS**

---

- 2.1. A presente Cobertura garante o pagamento de indenização em caso de falecimento do Segurado no caso de acidente pessoal coberto, não decorrente de Riscos Excluídos e comprovada por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura.

### **CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

- 3.1. **APLICAM-SE A ESTA COBERTURA AS EXCLUSÕES MENCIONADAS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO.**

### **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 na Apólice.**
- 4.2 **O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura referente ao Segurado Titular cancelará automaticamente a Apólice.**

### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

### **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 Acidente Pessoal coberto.

### **CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

### **CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

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

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
Até 29 anos	-	51	-	73	-	95	-
30	30,00%	52	-	74	-	96	-
31	-	53	-	75	-	97	-
32	-	54	-	76	-	98	-
33	-	55	-	77	-	99	-
34	-	56	-	78	-	100	-
35	-	57	-	79	-	101	-
36	-	58	-	80	-	102	-
37	-	59	-	81	-	103	-
38	-	60	6,00%	82	-	104	-
39	-	61	-	83	-	105	-
40	-10,00%	62	-	84	-	106	-
41	-	63	-	85	-	107	-
42	-	64	-	86	-	108	-
43	-	65	-	87	-	109	-
44	-	66	-	88	-	110	-
45	-	67	-	89	-	111	-
46	-	68	-	90	-	112	-
47	-	69	-	91	-	113	-
48	-	70	114,00%	92	-	114	-
49	-	71	-	93	-	115	-
50	3,00%	72	-	94	-	116	-

## **CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA**

**9.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**10.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 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), se cabível.

**10.2. O pagamento das indenizações relativas às Coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA se acumulam caso as duas tenham sido contratadas e seja constatado que a morte foi decorrente de Acidente Pessoal coberto.**

**10.3. 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 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

---

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

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

- 1.1. Esta Cobertura, se contratada, garante o pagamento de uma Indenização, ao próprio Segurado, equivalente ao período de **Internação Hospitalar** para realização de Cirurgia indicada pelo Médico cirurgião, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, **em decorrência de Doença ou Acidente Pessoal coberto**, ocorridos durante o período de Vigência do Seguro, limitado a quantidade e valor máximo de diárias contratadas e estabelecido na Proposta de Contratação e/ou Apólice, **observados os Riscos expressamente Excluídos, o Capital Segurado contratado, 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 da Apólice.
- 1.3. Esta Cobertura poderá ser contratada em conjunto ou isoladamente com as demais Coberturas básicas, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Coberturas básicas.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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 Habilitado, por meio de uma incisão ou videocirurgia, em Hospital, com uso de anestésias 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 Habilitado:** 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 COBERTOS**

---

**3.1.** A presente Cobertura prevê o pagamento de uma indenização equivalente ao período de Internação Hospitalar do Segurado para realização de Cirurgia, em decorrência de Doença ou Acidente Pessoal coberto, indicada pelo Médico cirurgião e comprovadas por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura.

### **CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

- A) PROCEDIMENTOS ENDOVASCULARES CEREBRAIS;**
- B) VÁLVULAS CARDÍACAS;**
- C) CIRURGIA DE BOLHAS SUBPLEURAS;**
- 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 DECORRENTES 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 DECORRENTES 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.

**4.2. 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 5 – CAPITAL SEGURADO**

**5.1.** 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 na Proposta de Contratação e/ou Apólice.

**5.2. 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional, até a data da alta médica, ou da utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice, o que ocorrer primeiro.**

**5.3. 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.**

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

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

**5.4. 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 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

## **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 realização do procedimento cirúrgico.

## **CLÁUSULA 8 – FRANQUIA**

---

**8.1. 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 3ª (TERCEIRA) DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.**

## **CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA**

---

**9.1. 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 TAMBÉM ESTARÁ INDICADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE.**

## **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 1.2 da CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Cobertura adicional.

---

## CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

- 10.4. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

- 12.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Todos os exames Médicos realizados, inclusive os pré-operatórios, quando necessário;
  - Relatório Médico, carimbado e assinado pelo Médico que realizou a Cirurgia, com o motivo detalhado da intervenção cirúrgica, comprovando o período de internação; e
  - Laudo da Cirurgia realizada.
- 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 – 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) 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 invés do sepultamento, além do Capital Segurado contratado, será liberado um **Capital Segurado adicional**, em quantia equivalente ao valor contratado, **especificamente para realização do serviço de cremação.**
- 1.3. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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. Esta 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 – DEFINIÇÕES 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 – DEFINIÇÕES 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 – DEFINIÇÕES 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 na Apólice.

**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 e de acordo com o limite contratado para a presente Cobertura. 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 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, mantida, sempre, a excelência da prestação de serviços objeto da presente Cobertura.**
- 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.**
- 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 – DEFINIÇÕES, 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 NA APÓLICE;**
- C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O FUNERAL OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DECESSOS E DESDE QUE TAL SERVIÇO JÁ TENHA SIDO PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;**
- D) DESPESAS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CREMAÇÃO EM MUNICÍPIO DIVERSO DO MUNICÍPIO DE DOMICÍLIO DO SEGURADO OU DO RAIOS DE QUILOMETRAGEM PERMITIDO NESTA COBERTURA;**
- E) DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE JAZIGOS, TERRENOS E CARNEIROS;**
- F) SEPULTAMENTO OU CREMAÇÃO DE ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E**
- G) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.**

#### **CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO**

---

**5.1.** O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, conforme definido na Apólice, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

**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.

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

**6.1.** 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 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 – CARÊNCIA**

---

---

**8.1. 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 DA APÓLICE, E ESTARÁ INDICADO NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E APÓLICE.**

## **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

**9.1.** 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condições Especial.

**9.2.** 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 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

**10.1** Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular, conforme estabelecido na CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.

**10.2** Para os planos Casal e Familiar Completo, o reenquadramento descrito no item 9.1 se aplica também ao Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), ou seja, anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.

## **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

**11.1** Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 12 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS**

---

**12.1** 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, deverá acessar pelo(s) telefone(s) constante(s) na Apólice.

**12.2** 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 Cobertura adicional. Neste caso, os custos serão pagos diretamente à funerária do município de Domicílio do Segurado, limitados ao Capital Segurado contratado.

- 12.3 **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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

- 13.2. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais e na CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da Cobertura básica de Morte – M, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, **quando o pedido for de reembolso de despesas**, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- 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.

- 13.2.1. 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), **se cabível**.

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

- 13.4. **As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento do reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.**

### **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 mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante **a prestação de serviços ou o reembolso das despesas com o funeral ou cremação**, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado decorrente de causas naturais ou Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de Vigência do Seguro, **observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. **Caso o Segurado escolha pela cremação ao invés do sepultamento, fica desde já estabelecido que não será liberado qualquer valor adicional ao Capital Segurado contratado 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.**
- 1.3. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

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

**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 na Apólice.

**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 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) Repatriamento do corpo (até o município de Domicílio do Segurado);
  - j.1) Neste caso, a prestação de serviço tratará das formalidades necessárias para repatriação do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de sepultamento no Brasil, incluindo-se os gastos para fornecimento de urna funerária necessária para este transporte, observado o limite disponível para prestação deste tipo de serviço,;
- m) Paramentos (essa);
- n) Mesa de condolências;
- o) Velas;
- p) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de Domicílio do Segurado);
- q) Véu; e
- r) Um enfeite e uma coroa de flores.

**3.4** Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local e de acordo com o limite contratado para a presente Cobertura. 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 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, conforme designado pela família.

a) Caso o Beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de 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 dispendidos 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 poderá ser alterada a qualquer momento pela Seguradora, mantida, sempre, a excelência da prestação de serviços objeto da presente Cobertura.**

**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.

**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 DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRECTA DE E/OU RELACIONADO A:**

- A) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;**
- B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO, ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NA APÓLICE;**
- C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O FUNERAL OU NÃO PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE DECESSOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;**
- D) DESPESAS DECORRENTES DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE CREMAÇÃO EM MUNICÍPIO DIVERSO DO MUNICÍPIO DE DOMICÍLIO DO SEGURADO OU DO 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 – CAPITAL SEGURADO**

**5.1** O Capital Segurado desta Cobertura será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas ou da prestação de serviço, conforme definido na Apólice, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.

**5.1.1** **Caso o Segurado escolha pela cremação ao invés do sepultamento, fica desde já estabelecido que não será liberado qualquer valor adicional ao Capital Segurado contratado para a realização da cremação.**

**5.2** Em qualquer hipótese, o Capital segurado contratado para o Segurado Dependente será limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao Segurado Principal.

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

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

#### **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – CARÊNCIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

9.1 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

9.2 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 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

10.1 **Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular, conforme estabelecido na CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.**

10.2 **Para os planos Casal e Familiar, o reenquadramento descrito no item 10.1 se aplica também ao Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), ou seja, anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Decessos será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura básica de Morte – M.**

#### **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

- a) **Com a separação judicial ou de fato, o(a) Cônjuge perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;**

- b) Com o fim da condição estabelecida no item 2.12 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(a) Companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- c) Com o fim da condição estabelecida no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(s) Filho(s) perderá(ão) automaticamente o direito de utilização desta Cobertura; e
- d) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

## CLÁUSULA 12 – SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 12.1 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, poderá ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) na Apólice.
- 12.2 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.
- 12.3 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 13 – REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 13.1 Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais e na CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO DE SINISTROS da Condição Especial da Cobertura básica de Morte – M, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, **quando o pedido for de reembolso de despesas**, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- 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.
- 13.1.1 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, **se cabível**).

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000  
[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

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

**13.3 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 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 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, ao próprio Segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, **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.**
- 1.2. Esta Cobertura somente poderá ser contratada com as coberturas de Morte – M ou Morte Acidental - MA.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

### 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 da Cláusula 3.2 a seguir, 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
	<b>Nefrectomia bilateral</b>	<b>100</b>
	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	

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

<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA</b>
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	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 tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
<b>PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06

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

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	

**PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA**

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

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
	<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
	Diplopia	15
	<b>Lesões das vias lacrimais</b>	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	<b>Lesões da pálpebra</b>	
DIVERSAS – APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	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
	<b>APARELHO DA FONACÃO</b>	
DIVERSAS – APARELHO DA FONACÃO	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
DIVERSAS – APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05

<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>		
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		
<b>INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA</b>
	<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
	<b>Perda de rim único</b>	<b>75</b>
	<b>Perda de um rim, com rim remanescente:</b>	
<b>DIVERSAS – APARELHO URINÁRIO</b>	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	<b>MANDÍBULA</b>	
	<b>Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:</b>	
<b>DIVERSAS – MANDÍBULA</b>	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
	<b>NARIZ</b>	
<b>DIVERSAS – NARIZ</b>	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	<b>PESCOÇO</b>	
<b>DIVERSAS – PESCOÇO</b>	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
<b>DIVERSAS – SISTEMA AUDITIVO</b>	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	<b>TÓRAX</b>	
	<b>Aparelho Respiratório</b>	
	<b>Resecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):</b>	
<b>DIVERSAS – TÓRAX</b>	- 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
	<b>Mamas (Femininas)</b>	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	<b>ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)</b>	
<b>DIVERSAS – ABDOMEM</b>	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	<b>Perda do Baço</b>	<b>15</b>
	<b>Fígado</b>	

### PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

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

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

### CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1, SUBOTEM 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 na Apólice.**

---

## CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

---

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

---

## CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS

---

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

---

## 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 10 – TÉRMINO DA COBERTURA desta Condição Especial.

---

## CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

- a) Com o pagamento de Indenização 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 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

11.1 Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura, deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado);
- b) Exame de Corpo Delito, **quando indicado;**

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000  
[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



- c) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida em cartório, contendo o histórico de atendimento, o diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- d) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, **se houver**;
- e) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, se cabível;
- f) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo); e
- g) **No Caso de Alienação Mental, Total e Incurável:** além da comprovação médica, **será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.**

**11.2 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.**

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

**11.4 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 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 2 – 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.
- 1.2. Esta Cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, sendo que os percentuais de pagamento de Indenização previstos aqui prevalecem sobre àqueles constantes da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, especificamente para os profissionais e órgãos/membros aqui mencionados.
- 1.3. Esta Cobertura somente poderá ser contratada para os seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. a comprovação do exercício da profissão deverá ser feita no momento da contratação do Seguro. A mudança de profissão deverá ser comunicada imediatamente, sob pena de perda de direito, conforme estabelecido na **CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS**, das Condições Gerais.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

- 3.1. A presente Cobertura garante a **elevação do percentual da indenização para 100% (cem por cento)**, quando caracterizada a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal coberto, **única e exclusivamente**, para os membros e órgãos descritos 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. No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a **Indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura**, constante na Apólice vigente.
- 3.3. O pagamento da Indenização para essa Cobertura estará condicionado à comprovação da Invalidez Permanente Parcial por Acidente do Segurado, nos termos do item 3.1 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, quando da alta médica definitiva, contendo o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizada(s), descritos em diagnóstico Médico final a ser apresentado pelo Segurado.
- 3.4. Caso seja devido o pagamento desta Cobertura, sua Indenização será um complemento à Indenização de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
- 3.5. Esta Cobertura não é extensiva aos Segurados Dependentes.
- 3.6. Aplicam-se à esta Cobertura as condições definidas nos subitens 3.1.3, 3.1.4 e 3.1.5 da CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.

#### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

#### **CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO**

---

- 5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA na data do evento, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**
- 5.2. **Caso seja devido o pagamento desta Cobertura, a indenização aqui prevista será acumulada com a indenização contratada para a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, observado o limite de 100% (cem por cento).**

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **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 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

---

## **CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

- a) 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 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 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

10.1 Além dos documentos descritos no item 16.2 da CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais e no item 11.1 da CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E 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 documento que comprove a atividade profissional exercida pelo Segurado.

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, arcando a Seguradora com as despesas relacionadas a tais exames médicos.

10.3 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 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

---

Es

### 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 Cobertura adicional, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **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 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

---

## CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

- a) **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 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

**10.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 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.****

**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, arcando a Seguradora com as despesas relacionadas a tais exames médicos.**

**10.3. 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.**

**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.**

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000  
[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

**CLÁUSULA 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

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

---

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

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

---

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

### CLÁUSULA 4 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

---

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

### CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO

---

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

### CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS

---

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

### CLÁUSULA 8 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

---

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

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

## **CLÁUSULA 9 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**9.1.** 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 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura adicional.

**9.2.** 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 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. **Convalescença:** trata-se do período de transição depois de uma enfermidade, no qual se processa a recuperação gradativa das forças e da saúde.
- 2.1.2. **Órtese:** qualquer aparelho externo usado para imobilizar ou auxiliar os movimentos dos membros ou da coluna vertebral.
- 2.1.3. **Prótese:** dispositivo implantado no corpo para suprir a falta de um órgão ausente ou para restaurar uma função comprometida.

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

- 3.1. A presente Cobertura prevê que, cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços Médicos, Hospitalares e odontológicos, **DESDE QUE LEGALMENTE HABILITADOS.**
- 3.2. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras) das despesas e dos relatórios do Médico Assistente.

### CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. **ALÉM DOS RISCOS EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA 2 – 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 CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);
- B) DESPESAS DE ACOMPANHANTES;
- C) APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA E A PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS;
- D) CIRURGIAS PLÁSTICAS, TRATAMENTOS REJUVENESCEDORES E/OU ESTÉTICOS NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;

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

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

9.1. 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

#### **CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

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

#### **CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

11.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistros relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (**se o condutor do veículo for o Segurado**);  
b) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;

- c) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, contendo o histórico de atendimento, as consequências do acidente, o diagnóstico e o tratamento aplicado;
- d) Notas fiscais ou recibos originais ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), comprovando os gastos reclamados;
- e) Relatório Médico/Boletim de Atendimento – BAM, informando as circunstâncias e consequências do acidente; e
- f) Cópias do RG ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral.

**11.2. Se o Segurado possuir outro(s) seguro(s) que lhe garanta(m) o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO–A, o reembolso por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites Segurados em todas as Apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data da ocorrência do Sinistro.**

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

**11.4. As notas fiscais referentes a despesas com medicamentos devem ser acompanhadas das respectivas prescrições médicas.**

**11.5. No caso de retenção das notas fiscais originais pela Seguradora garantidora do seguro obrigatório DPVAT, em caso de acidente automobilístico, serão aceitas cópias autenticadas das notas fiscais, desde que acompanhadas de declaração emitida pelo responsável da referida Seguradora, indicando quais as notas originais retidas, e informando o valor que será reembolsado através do DPVAT. A indenização devida pela presente Cobertura corresponderá ao valor que exceder os limites vigentes, na data do Sinistro, para as Coberturas do seguro obrigatório DPVAT.**

**11.6. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda, da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de Cobertura estabelecido, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do Sinistro, nos termos da CLÁUSULA 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das Condições Gerais do seguro.**

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

## **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 uma Indenização, **equivalente ao período em que o Segurado esteve sob tratamento Médico, em regime de internação Hospitalar, limitado a quantidade máxima e ao valor de diárias estabelecidas na Apólice, 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.**
- 1.2. Esta Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Morte – M.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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. A presente Cobertura prevê o pagamento de Indenização relativa as diárias de Incapacidade Temporária para as pessoas físicas, limitado ao Capital Segurado, aos profissionais liberais ou autônomos, que possam comprovar a atividade exercida através dos documentos relacionados na CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura adicional 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional, até a data de retorno às suas atividades laborais, observado o limite ou da utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice, o que ocorrer primeiro.
- 3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado na Proposta de Contratação e/ou na Apólice.
- 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 da Apólice.

---

## 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, CONVALESCENÇA, EMAGRECIMENTO ESTÉTICO, GERIÁTRICOS E SUAS CONSEQUÊNCIAS;**
- J) DE QUAISQUER DOENÇAS PARASITÁRIAS E/OU 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 DA APÓLICE;**
- 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 ASSEMBLHADOS, 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.

- 4.1. 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.
- 4.2. 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 – CAPITAL SEGURADO**

- 5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido na Apólice, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**
- 5.2. 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional.
- 5.3. **É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.**
- 5.4. **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 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

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

---

## CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO

---

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

---

## CLÁUSULA 8 – FRANQUIA

---

8.1. 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 16ª (DÉCIMA SEXTA) DIÁRIA DE INCAPACIDADE.

---

## CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA

---

9.1. 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 NA APÓLICE.

---

## CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

---

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

---

## CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

---

11.1. 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 Cobertura adicional.

---

## CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

- a) Com o pagamento de 3 (três) 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

13.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML, **se cabível**;
- b) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que assistiu o Segurado, contendo o diagnóstico da incapacidade e o tratamento aplicado;
- c) Exames realizados e laudos médicos que comprovem a Incapacidade Temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional; e

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



- 
- d) 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.

**13.2. 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 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 uma Indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, **equivalente ao valor diário da Cobertura multiplicado pelo período de dias de internação em que o Segurado esteve sob tratamento Médico em regime de internação Hospitalar, limitado a quantidade e valor máximo de diárias estabelecidos na Apólice, decorrente de Doença ou Acidente Pessoal coberto ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Diária de Internação Hospitalar por Acidente – DIH-A.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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.A presente Cobertura garante o pagamento de uma Indenização relativa as Diárias de Internação Hospitalar do Segurado, determinadas por Médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura adicional.
- 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional, até a data da alta médica definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice, o que ocorrer primeiro.
- 3.1. O limite e valor máximo de diárias, por evento, será estabelecido na contratação e especificado na Apólice.

- 3.2. O número máximo de eventos cobertos será limitado em 3 (três) Internações Hospitalares a cada 12 (doze) meses, contados a partir da data de início de vigência da Apólice.**
- 3.2.1.** 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.
- 3.2.2.** Serão considerados como mesmo evento as transferências de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta Hospitalar.
- 3.3. 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.**
- 3.4. A Indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.**
- 3.5. 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 CONVALESCENÇA (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 DA APÓLICE; E
- O) ATOS CONTRÁRIOS A LEI, INCLUSIVE A DIREÇÃO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES, INCLUINDO MOTOS, BARCOS, AERONAVES E ASSEMBLHADOS, SEM A DEVIDA HABILITAÇÃO OU SEM A UTILIZAÇÃO DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA OBRIGATÓRIOS POR LEI, COMO CAPACETES E CINTOS DE SEGURANÇA.

#### **CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO**

---

- 5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido na Apólice, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**
- 5.2. 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas na Apólice, o que ocorrer primeiro.
- 5.3. **É proibida a estipulação de critérios de cálculo do Capital Segurado com base nas despesas Hospitalares realizadas pelo Segurado.**

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – FRANQUIA**

---

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

---

## CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA

---

**9.1. 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 NA APÓLICE.**

---

## CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS

---

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

---

## CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

---

**11.1.** 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 Cobertura adicional.

---

## CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

- a) Com o pagamento de 3 (três) 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

**13.1.** Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 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.

**13.2.** 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 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 DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE – DIH-A

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

2.1. Além das definições indicadas na CLÁUSULA 2 – 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.

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

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

3.1. Estão cobertas as Diárias de Internação Hospitalar do Segurado, determinadas por Médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória indicada na CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Condição Especial.

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

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

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

#### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

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

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

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – FRANQUIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

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

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS**

---

---

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

#### **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:

- a) Com o pagamento de 3 (três) 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

12.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 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.

#### **CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

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

---

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

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

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

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

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

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

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

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

3.5. A contratação desta Cobertura não implica em garantia de internação hospitalar. A responsabilidade pela obtenção de vaga para internação em Hospital é do próprio Segurado, de seus familiares ou de seu acompanhante.

3.6. A Indenização será paga somente APÓS A ALTA MÉDICA DEFINITIVA, para a contabilização dos dias de internação.

3.7. O pagamento da Indenização prevista para esta Cobertura não tem caráter de reembolso das despesas realizadas pelo Segurado.

#### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

6.2. O Capital Segurado será pago de uma única vez e será calculado na regulação do Sinistro considerando o período da Internação Hospitalar do Segurado em Unidade de Terapia Intensiva – UTI ou Centro de Terapia Intensiva – CTI, a contar do primeiro dia de internação, respeitado o período de Franquia da CLÁUSULA 8 – FRANQUIA desta Condição Especial, até a data da alta médica Hospitalar definitiva ou da utilização do limite de diárias estabelecidas na Apólice, o que ocorrer primeiro.

#### **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – FRANQUIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

---

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

---

## **CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

---

## **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

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

---

## **CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**12.1.** A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar Decorrente de Acidente – DIH-A, descrito na **CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das Condições Especiais daquela Cobertura adicional.

---

## **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 COMPLEMENTAR DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 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 uma 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 pela Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC, 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.**
- 1.3. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.**

### 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. **Aplicam-se os mesmos riscos cobertos mencionados na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS da Cobertura básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH–EC.**

### CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS

---

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA OS RISCOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA BÁSICA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR EVENTOS CIRÚRGICOS – DIH–EC.**

### CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

---

- 5.1. O Capital Segurado desta Cobertura corresponde ao valor máximo de Indenização por diária devida na ocorrência do Evento Coberto, conforme definido na Apólice, **respeitado o limite máximo de eventos, assim como o limite máximo de diárias por evento.**
- 5.2. **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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional, até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as Condições Contratuais.**

---

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

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

**5.5. 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 da Apólice, desde que não exista qualquer relação entre eles, e que entre esses eventos seja observado um prazo mínimo de 3 (três) meses.**

**5.5.1. 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.**

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

## **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

**6.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional.**

## **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

---

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

## **CLÁUSULA 8 – FRANQUIA**

---

**8.1. 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 NA APÓLICE.**

## **CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA**

---

**9.1. 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 NA APÓLICE.**

## **CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

## **CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

---

**11.1. 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 5.5 da CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO desta Cobertura adicional.**

---

## **CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

**12.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

13.1. 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 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais da respectiva Cobertura.

---

## **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 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 de alto custo que sejam cobertas por esta Cobertura, limitada ao Capital Segurado contratado, conforme as quais estão especificadas na CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS desta Cobertura adicional, indicada pelo Médico cirurgião, e que seja decorrente de Doença ou Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro, observados os Riscos expressamente Excluídos e as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica de Diária de Internação Hospitalar por Eventos Cirúrgicos – DIH-EC.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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 da 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 (aquelas 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 8 – FRANQUIA desta Cobertura adicional.**

**3.3. O limite máximo de diárias por evento será estabelecido na contratação e especificado na Apólice.**

**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 da Apólice, 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 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 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

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

## **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

## **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 realização do procedimento cirúrgico.

---

#### **CLÁUSULA 8 – FRANQUIA**

8.1. 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 NA APÓLICE.

---

#### **CLÁUSULA 9 – CARÊNCIA**

9.1. 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 NA APÓLICE.

---

#### **CLÁUSULA 10 – BENEFICIÁRIOS**

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

---

#### **CLÁUSULA 11 – REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO**

11.1. 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 Cobertura adicional.

---

#### **CLÁUSULA 12 – TÉRMINO DA COBERTURA**

12.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

13.1. 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 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais da respectiva Cobertura.

---

#### **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.

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

## 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. Esta Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com umas das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 1.3. 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.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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 Condição Especial da Cobertura básica de Decessos/Funeral – DE.

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

- 3.1. A presente cobertura garante o reembolso das despesas efetuadas com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, observadas as disposições da CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Cobertura adicional.

### 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) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;
  - B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO, ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NA APÓLICE;
  - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM A COMPRA DE JAZIGO, TERRENOS OU CARNEIROS OU QUE NÃO ESTEJAM PREVISTAS NESTA COBERTURA. CASO A OPÇÃO SEJA PELA PRESTAÇÃO DE

- SERVIÇOS E TAL SERVIÇO SEJA PRESTADO, NÃO SERÃO REEMBOLSADAS QUAISQUER DESPESAS REALIZADAS;**
- D) AQUISIÇÃO DE JAZIGO, TERRENOS OU CARNEIROS PARA ÓRGÃOS OU MEMBROS DO CORPO HUMANO; E**
- E) DESPESAS COM OS SERVIÇOS DECORRENTES DO PLANO FUNERÁRIO EVENTUALMENTE CONTRATADO.**

#### **CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO**

---

- 5.1.** O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo do reembolso das despesas, conforme definido na Apólice, na ocorrência do Evento Coberto e respeitadas as demais disposições contratuais.
- 5.2.** 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 na Apólice, na data do evento, **respeitando o limite estabelecido na Apólice.**
- 5.3.** O Capital Segurado desta Cobertura não cobre as despesas e taxas com manutenção do terreno, jazigo ou carneiro.
- 5.4.** 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.
- 5.5.** O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, referente ao Segurado Titular, cancelará automaticamente a Apólice.

#### **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

---

## **CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

**10.1** Anualmente, a contar da data de início de vigência da Apólice, o valor do Prêmio da Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO das Condições Especiais da Cobertura de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE, conforme contratada na Apólice.

---

## **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

- a) Com o pagamento 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 de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou a Cobertura de Decessos/Funeral – DE, conforme contratada na Apólice;
- c) Com a separação judicial ou de fato, o(a) Cônjuge perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- d) Com o fim da condição estabelecida no item 2.12 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(a) Companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta Cobertura;
- e) Com o fim da condição estabelecida no item 2.22 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, o(s) Filho(s) perderá(ão) automaticamente o direito de utilização desta Cobertura; e
- f) Com o pagamento de Capital Segurado de outra Cobertura que tenha previsão de extinção de Cobertura integral do seguro.

---

## **CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**12.2.** A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido para a Cobertura de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou a Cobertura de Decessos/Funeral – DE, conforme contratada na Apólice, descrita na CLÁUSULA 13 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Especiais daquela Cobertura.

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

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

---

## **CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000  
[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

**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 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), 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. Esta Cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Adicional Traslado de Corpo Nacional e Internacional – TR–NI, e somente poderá ser contratada em conjunto com uma das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 1.3. 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.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

---

- 2.1. A presente cobertura garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas com procedimentos de liberação, transporte e urna mortuária mais adequada ao traslado do corpo do Segurado, observadas as disposições da CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Cobertura adicional.

### 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 NA APÓLICE;
  - 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 4 – CAPITAL SEGURADO**

- 4.1.** 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 na Apólice.
- 4.2.** 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.
- 4.3.** O pagamento do Capital Segurado desta Cobertura, referente ao Segurado Titular, cancelará automaticamente a Apólice.

---

### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

- 5.1.** 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 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 NA APÓLICE.

---

### **CLÁUSULA 7 – DATA DO EVENTO**

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

---

### **CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS**

- 8.1.** 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 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura adicional.
- 8.2.** 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 9 – TÉRMINO DA COBERTURA**

- 9.1.** Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 10 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO**

---

**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, poderá ser acessada pelo(s) telefone(s) gratuitos constante(s) na Apólice, para receber a orientação sobre os procedimentos necessários para prestação do serviço.

**10.2.** 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.**

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

## **CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO DE SINISTROS**

---

**11.1.** A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido na cláusula de REGULAÇÃO E 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 na Apólice.

**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 do reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

## **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 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) 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. Esta Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com uma das Coberturas Básicas de Decessos/Funeral com Cremação Especial – DC ou Decessos/Funeral – DE.
- 1.3. 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.
- 1.4. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.

### 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 COBERTOS

---

- 3.1. A presente cobertura garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas com procedimentos de liberação, transporte e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo do Segurado, observadas as disposições da CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta Cobertura adicional.

### 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:
  - A) QUAISQUER VALORES QUE EXCEDAM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA A COBERTURA;
  - B) PRESTAÇÃO, PELA REDE ESPECIALIZADA DE PRESTADORES DE SERVIÇOS CREDENCIADA, DE QUALQUER OUTRO TIPO DE SERVIÇO ALÉM DO QUE ESTIVER ESTABELECIDO NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E NA APÓLICE;
  - C) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA QUE NÃO ESTEJAM RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O 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 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 na Apólice.
- 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 a Apólice.

## **CLÁUSULA 6 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

- 6.1.** 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.

## **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 NA APÓLICE.

## **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 – BENEFICIÁRIOS**

---

- 9.1.** Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta Cobertura, mediante apresentação dos documentos indicados na CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta Cobertura adicional.
- 9.2.** 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 10 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

**10.1. Além das hipóteses previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 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 11 – SOLICITAÇÃO DE SERVIÇO

---

**11.1. 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, poderá ser acessada pelo(s) telefone(s) gratuitos constante(s) na Apólice, para receber a orientação sobre os procedimentos necessários para prestação do serviço.**

**11.2. 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.**

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

---

## CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

**12.1. A análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura se dará conforme definido na cláusula de REGULAÇÃO E 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 na Apólice.**

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

**12.3. As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento do reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.**

---

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

### CLÁUSULA 5 – CAPITAL SEGURADO

---

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

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

### CLÁUSULA 6 – DATA DO EVENTO

---

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado desta Cobertura, **a data do diagnóstico do estado terminal do Segurado devidamente comprovado por documentação descrita na CLÁUSULA 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTROS desta Condição Especial.**

---

## CLÁUSULA 7 – BENEFICIÁRIOS

---

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

---

## CLÁUSULA 8 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

---

8.1. Anualmente, na data de aniversário da Apólice, o valor do Prêmio desta Cobertura será reajustado em função da mudança de idade do Segurado Titular e/ou do Segurado Dependente na condição de Cônjuge/Companheiro(a), conforme estabelecido na CLÁUSULA 9 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO da Condição Especial da Cobertura básica de Morte – M.

---

## CLÁUSULA 9 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

- a) 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 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

10.1. Além dos documentos descritos na CLÁUSULA 16.2 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 da doença, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo Médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais, que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o Sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevivência, emitido por Médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, com firma reconhecida em cartório;
- 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.

10.2. 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 11 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

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

---

## COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

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

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

#### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

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

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

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

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

#### **CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA**

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

#### **CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO**

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

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

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

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

#### **CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

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

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	12,68%	66	3,28%	91	4,31%
17	5,76%	42	12,94%	67	3,32%	92	4,35%
18	6,04%	43	13,19%	68	3,36%	93	4,39%
19	6,32%	44	13,44%	69	3,40%	94	4,43%
20	6,61%	45	13,69%	70	3,44%	95	4,47%
21	6,90%	46	13,92%	71	3,48%	96	4,51%
22	7,19%	47	14,16%	72	3,53%	97	4,55%
23	7,48%	48	14,38%	73	3,57%	98	4,59%
24	7,78%	49	14,61%	74	3,61%	99	4,63%
25	8,08%	50	5,16%	75	3,65%	100	4,68%
26	8,37%	51	5,59%	76	3,69%	101	4,49%
27	8,67%	52	6,05%	77	3,73%	102	4,51%
28	8,97%	53	6,55%	78	3,77%	103	4,53%
29	9,27%	54	7,10%	79	3,81%	104	4,54%
30	9,57%	55	5,48%	80	3,86%	105	4,55%
31	9,86%	56	6,00%	81	3,90%	106	4,56%
32	10,16%	57	6,59%	82	3,94%	107	4,56%
33	10,45%	58	7,24%	83	3,98%	108	4,56%
34	10,74%	59	7,95%	84	4,02%	109	4,56%
35	11,03%	60	3,16%	85	4,06%	110	4,55%
36	11,32%	61	3,22%	86	4,10%	111	4,54%
37	11,60%	62	3,28%	87	4,14%	112	4,55%
38	11,87%	63	3,34%	88	4,18%	113	4,55%
39	12,15%	64	3,40%	89	4,22%	114	4,55%
40	12,42%	65	3,24%	90	4,27%	115	4,55%

## **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

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

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

---

## CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

- 12.1.** Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:
- a) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico que prestou o atendimento ao Segurado, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, o estágio de Neoplasia, o tratamento indicado, já realizado e à realizar, de modo detalhado e Prognóstico;
  - b) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer;
  - c) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e
  - d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**
- 12.2.** O pagamento das Indenizações relativas à Cobertura básica de Morte – M e a Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga a Indenização pela Cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela Indenização referente à Cobertura básica de Morte – M, observado os termos e disposições das Condições Contratuais.

---

## CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

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

---

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

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

---

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

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

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

#### **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

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

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

9.3. Para efeito desta Cobertura, o Beneficiário será a própria Segurada, ainda que representada na forma da lei.

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

## CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO

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

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

---

## CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

---

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

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

---

## CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

---

12.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

- a) No caso de Segurada representada, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- b) Relatório Médico devidamente assinado pelo Médico Assistente da Segurada, contendo o resultado do Exame Anatomopatológico, Estádio de Neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e Prognóstico;
- c) Cópia do Exame Anatomopatológico que comprove o Diagnóstico de Câncer; e
- d) Laudo do perito Médico, **quando solicitado pela Seguradora.**

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

---

## CLÁUSULA 13 – DISPOSIÇÕES GERAIS

---

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

---

## COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES – DG

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA COBERTURA

---

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

### CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES

---

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

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

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

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

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

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

**2.1.5. Insuficiência Renal:** etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise

peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por Médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

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

### CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS

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

- A) CÂNCER PRIMÁRIO:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso;
- B) INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em cardiologia e demonstrado por exames complementares apropriados, podendo ser realizado no Segurado tanto em vida quanto post-mortem;
- C) ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:** deve ser diagnosticado por Médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado por exames complementares apropriados. Deve ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses;
- D) CIRÚRGIA CORONARIANA (A CÉU ABERTO):** deve ser diagnosticada a necessidade de cirurgia por Médico habilitado em cirurgia cardíaca e comprovada por exame de cateterismo coronariano;
- E) INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA (EM HEMODIÁLISE):** deve ser diagnosticada por Médico habilitado em nefrologia e demonstrada por exames complementares apropriados;
- F) TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS:** deve ser indicada por Médico Especialista habilitado na especialidade da patologia em questão. Estarão cobertos os Segurados que necessitarem do transplante pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo:
  - I. CORAÇÃO;**
  - II. FÍGADO;**
  - III. MEDULA ÓSSEA;**
  - IV. PÂNCREAS;**
  - V. PULMÃO;**
  - VI. RIM.**

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

---

## **CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS**

---

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

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

- III. TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;
- IV. TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
- V. AUTOTRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA;
- VI. COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE VISANDO A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO;
- VII. QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO; E
- VIII. TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.

#### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

#### **CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA**

---

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

#### **CLÁUSULA 7 – CAPITAL SEGURADO**

---

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

#### **CLÁUSULA 8 – DATA DO EVENTO**

---

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

#### **CLÁUSULA 9 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

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

#### **CLÁUSULA 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

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

Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste	Idade	% Reajuste
14 a 16	–	41	10,58%	66	4,98%	91	6,37%
17	6,76%	42	10,81%	67	5,05%	92	6,41%
18	6,88%	43	11,01%	68	5,12%	93	6,45%
19	6,98%	44	11,23%	69	5,18%	94	6,49%
20	7,18%	45	11,46%	70	5,25%	95	6,53%
21	7,24%	46	11,67%	71	5,32%	96	6,56%
22	7,49%	47	11,92%	72	5,38%	97	6,60%
23	7,52%	48	12,15%	73	5,44%	98	6,63%
24	7,72%	49	12,40%	74	5,50%	99	6,66%
25	7,89%	50	5,92%	75	5,56%	100	6,70%
26	8,04%	51	6,23%	76	5,62%	101	6,54%
27	8,16%	52	6,55%	77	5,68%	102	6,56%
28	8,28%	53	6,91%	78	5,74%	103	6,57%
29	8,49%	54	7,28%	79	5,79%	104	6,58%
30	8,62%	55	6,18%	80	5,85%	105	6,59%
31	8,75%	56	6,54%	81	5,90%	106	6,60%
32	8,95%	57	6,94%	82	5,95%	107	6,60%
33	9,08%	58	7,38%	83	6,01%	108	6,60%
34	9,29%	59	7,85%	84	6,05%	109	6,60%
35	9,43%	60	4,66%	85	6,10%	110	6,60%
36	9,60%	61	4,73%	86	6,15%	111	6,58%
37	9,82%	62	4,82%	87	6,20%	112	6,59%
38	9,99%	63	4,90%	88	6,24%	113	6,59%
39	10,18%	64	4,98%	89	6,29%	114	6,59%
40	10,39%	65	4,91%	90	6,33%	115	6,60%

## CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA

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

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

## CLÁUSULA 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Além dos documentos descritos na Cláusula 16.2 das Condições Gerais, para a análise e Regulação de Sinistro relacionado a presente Cobertura deverão ser apresentados **também** os seguintes documentos:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

## **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 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 como Segurado Dependente na Apólice, participando das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Cobertura adicional, desde que contratadas para o próprio Segurado Titular e **desde que o Segurado Dependente esteja em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 80 (oitenta) anos completos, observados os Riscos Excluídos e as demais disposições contratuais.** .
- 1.2. **As Coberturas contratadas para o dependente Cônjuge/Companheiro(a) estarão indicadas na Apólice.**
- 1.3. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas Condições Gerais.**

### 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.

2.1.1. Equipara-se ao Cônjuge, a(o) Companheira(o) do Segurado, que assim comprovar sua condição nos termos do estabelecido no item 2.12 da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais.

### 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 – CAPITAL SEGURADO**

- 4.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo **limitado à 100% (cem por cento)** do Capital Segurado contratado pelo Segurado Titular para a respectiva Cobertura contratada pelo Segurado Dependente.
- 4.2. **O Capital Segurado do dependente cônjuge/Companheiro(a) será estabelecido pelo Segurado Titular e estará indicado na Apólice.**

---

**CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

- 5.1. O âmbito geográfico está definido 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 OU COMPANHEIRO.**

---

**CLÁUSULA 7 – FRANQUIA**

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

---

**CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS**

- 8.2. A Indenização pelas Coberturas básicas de Morte – M ou Morte Acidental – MA quando contratadas, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao Segurado Titular.
- 8.2.1. **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.**
- 8.3. Para as demais Coberturas contratadas pelo Segurado Dependente, o Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura.
- 8.4. Se durante a regulação do Sinistro ocorrer o óbito do Segurado Dependente, o valor correspondente será pago ao Segurado Titular.

---

**CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO**

13.2. 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 10 – REENQUADRAMENTO ETÁRIO**

---

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

#### **CLÁUSULA 11 – TÉRMINO DA COBERTURA**

---

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

- a) 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 2.12 da CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES 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 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

12.1. Além dos documentos indicados na Cláusula 16.2 das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de REGULAÇÃO E 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.

12.2. 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.

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



---

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

---

### CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DA CLÁUSULA

---

- 1.1. Esta Cobertura, quando contratada pelo Segurado Titular, mediante o pagamento de Prêmio adicional, garante a inclusão de seu(s) Filho(s) ou Enteado(s) como Segurado Dependente na Apólice, participando das Coberturas indicadas na CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS desta Cobertura adicional, 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 na Apólice.**
- 1.3. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.**

### CLÁUSULA 2 – RISCOS COBERTOS

---

- 2.1. O Segurado Dependente poderá participar nas seguintes Coberturas, desde que contratadas pelo Segurado Titular:
  - a) Cobertura Básica de Morte – M;
  - b) Cobertura Básica de Morte Acidental – MA;
  - c) Cobertura 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 2.22 da CLÁUSULA 2 – GLOSSÁRIO das Condições Gerais.
- 2.3. **Para os menores de 14 (quatorze) anos, a Cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas ou cópias digitalizadas (legíveis e sem rasuras), que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**
  - a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
  - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 2.4. Não haverá Cobertura com base na condição estabelecida no item acima caso tenha sido contratado o plano Familiar da Cobertura 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. A indicação do(s) Filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do Segurado Titular, que, inclusive se responsabiliza pelo estado de saúde do Filho incluso no seguro.**
- 2.7. Esta 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, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA UMA DAS COBERTURAS CONTRATADAS PARA OS DEPENDENTES FILHO(S)/ENTEADO(S).**

### **CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO**

---

- 4.1. O Capital Segurado corresponde ao valor máximo de Indenização devida na ocorrência de Evento Coberto, sendo limitado à 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado pelo Segurado Titular para a respectiva Cobertura contratada pelo Segurado Dependente.**
- 4.2. O Capital Segurado do dependente Filho e/ou enteado será estabelecido pelo Segurado Titular e estará indicado na Apólice.**

### **CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

---

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

### **CLÁUSULA 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 – FRANQUIA**

---

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

### **CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS**

---

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

**8.1.1.** 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.

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

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

## **CLÁUSULA 9 – DATA DO EVENTO**

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

## **CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DA COBERTURA**

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

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

## **CLÁUSULA 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**11.1.** Além dos documentos indicados na Cláusula 16.2 das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de REGULAÇÃO E 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

**Sede**

Avenida das Nações Unidas, 14.261, Ala A,  
17º ao 21º andar, Vila Gertrudes  
São Paulo • SP • Brasil • CEP: 04794-000

[www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)



- 
- ii. Cópia da Certidão de Casamento do Segurado atualizada (emitida após o óbito) ou Comprovação da união estável por ocasião do Sinistro.

**11.2. 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 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 Cobertura adicional 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 2.44 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 na Apólice.
- 1.3. Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nas condições gerais.

### 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 na Apólice. 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 – CAPITAL SEGURADO

---

4.1 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 na Apólice.**

---

## CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

---

5.1. 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 6 – FRANQUIA

---

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

---

## CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA

---

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

---

## CLÁUSULA 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 – BENEFICIÁRIOS

---

9.1. O Beneficiário será aquele definido na Condição Especial da respectiva Cobertura contratada para o Segurado Titular e extensível ao Segurado Dependente, conforme indicado na Apólice.

---

## CLÁUSULA 10 – TÉRMINO DAS COBERTURAS

---

10.1. Além das situações previstas na CLÁUSULA 11 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE e CLÁUSULA 18 – PERDA DE DIREITOS das Condições Gerais, 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 11 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

---

**11.1.** Além dos documentos indicados na Cláusula 16.2 das Condições Gerais e os documentos solicitados na cláusula de REGULAÇÃO E 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 2.44 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 Cônjuge/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 Cônjuge;
- 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 cônjuge/Companheiro(a).

**11.2.** As demais regras para análise e Regulação de Sinistros, bem como para o pagamento do reembolso (se caracterizado risco coberto) estão indicados na CLÁUSULA 16 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das Condições Gerais.

---

## **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.