
Tokio Marine

Acidentes Pessoais



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

OUIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Ouvidoria é mais um canal de comunicação que a Seguradora coloca à sua disposição, que se diferencia dos demais, pois tem como missão a defesa de seus direitos perante a empresa com total imparcialidade e transparência.

Quando você pode recorrer a esse serviço?

Você ou seu Corretor de Seguros podem recorrer a esse serviço sempre que registrar uma solicitação, fazer uma consulta ou reclamação junto aos nossos canais de relacionamento (Serviço de Atendimento ao Cliente ou nosso site) e:

- Não concordarem ou tiverem dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa após o processo ter sido considerado encerrado pelos canais acima ou;
- Não receberem resposta em 30 (trinta) dias.

O papel do Ouvidor

O Ouvidor é um profissional que possui profundo conhecimento da área de seguros. Ele atua de forma personalizada, independente e age ativamente como um representante do cidadão, respeitando as condições dos contratos de seguros, os direitos humanos e o Código de Defesa do Consumidor.

Sua solicitação em boas mãos

Com a sua solicitação em mãos, o Ouvidor poderá esclarecer, justificar ou reformar uma decisão adotada pela empresa.

Tenha certeza que tudo será estudado com o mais absoluto cuidado.

No prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data em que a Ouvidoria receber a manifestação, o nosso Ouvidor comunicará a posição adotada para você e para o seu Corretor de Seguros.

Estamos prontos para ouvir você

A Ouvidoria está em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP. Para recorrer a esse serviço que é gratuito, você ou seu Corretor de Seguros deverão apresentar a solicitação, consulta ou reclamação por escrito, contendo o seu nome completo.

Como funciona a Ouvidoria

Você pode recorrer a este serviço sempre que não concordar ou tiver dúvida em relação a uma decisão adotada pela empresa. Todavia, para isso é imprescindível já ter acionado o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC).

Assim, você registra sua manifestação nos seguintes canais:

www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou;

Através do 0800 449 0000;

Ouvidoria Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS C&A

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS.....	3
4.	CARÊNCIA	6
5.	FRANQUIA.....	7
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	7
7.	VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA.....	7
8.	VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL.....	8
9.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	8
10.	BENEFICIÁRIOS.....	9
11.	CAPITAIS SEGURADOS.....	10
11.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	10
12.	CUSTEIO DO SEGURO	11
13.	PRÊMIO	11
15.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	13
16.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	13
17.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.....	17
18.	CANCELAMENTO DO SEGURO	17
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	18
20.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
21.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	19
22.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	20
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	20
24.	PRESCRIÇÃO.....	20
25.	DO FORO.....	20
26.	CONCEITOS.....	20

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**
- 1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais:
- 1.2.1 Coberturas Básicas:
- MA – Morte Acidental; e,
 - IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 1.2.2 Coberturas Adicionais:
- DIH – Diária de Internação Hospitalar por Acidente; e,
 - PRD – Perda de Renda por Desemprego.
- 1.3 Este seguro abrange a contratação conjunta de todas as coberturas estabelecidas por estas Condições Gerais.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1 MA - Morte Acidental

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.2 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no subitem 2.1.2.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.1.2.1 Consideram-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

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

2.1.2.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.1.2.2.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.1.2.3 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.1.2.4 As indenizações previstas para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 DIH – Diária de Internação Hospitalar por Acidente

2.2.1.1 Garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizada pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente **única e exclusivamente de acidente pessoal coberto** em caráter estritamente emergencial, **entendendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.1.2 O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

2.2.1.3 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, esta limitado em 365 dias de Internação(ões), consecutiva(s) ou não, decorrentes(s) de um

mesmo Acidente Pessoal coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

2.2.2 PRD - Perda de Renda por Desemprego

2.2.2.1 Garante ao próprio Segurado, em caso de seu desemprego involuntário, isenção do pagamento do Prêmio deste Seguro por um prazo de até 4 (quatro) meses, a partir da data da sua demissão, desde que o Segurado:

2.2.2.1.1 Comprove que na data do Desemprego, estava empregado formal e ininterruptamente no último empregador por no mínimo 12 (doze) meses.

2.2.2.1.2 Esteja participando do seguro há mais de 90 (noventa) dias quando da data do Desemprego

2.2.2.1.3 A Indenização por Perda de Renda por Desemprego será devida a partir de 31 (trinta e um) dias, inclusive, da caracterização do Desemprego, desde que o Segurado não tenha qualquer outra forma de renda, com ou sem vínculo empregatício.

2.2.2.1.4 O Segurado deverá comprovar mensalmente que permanece desempregado, para fins de isenção do pagamento de cada parcela mensal do prêmio do Seguro.

2.3 Este seguro abrange a contratação conjunta de todas as coberturas estabelecidas por estas Condições Gerais.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Válido para todas as coberturas:

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**

- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- i) epidemias, endemias e pandemias, declaradas por órgão competente;
- j) envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

3.2 Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH) as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3 Além dos riscos mencionados nos itens 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), as internações decorrentes de:

- a) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- b) Internação Hospitalar por motivo de convalescença;
- c) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética, exceto aquelas por indicação estritamente reparadora, para corrigir lesões acidentais;
- d) Diárias de Internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- e) Ferimentos auto infligidos, ainda que mentalmente alienado, temporária ou permanentemente.

4. CARÊNCIA

4.1. Haverá carência de 90 (noventa) dias contados a partir da data de início da vigência individual para a Cobertura Perda de Renda por Desemprego.

4.2. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro;

- 4.3. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.
- 4.4. O prazo que um plano de seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência.

5. FRANQUIA

- 5.1. **A cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente será devida a partir do 3º(terceiro) dia, inclusive, de cada Internação Hospitalar, respeitada as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O presente seguro cobre os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestres âmbito territorial.

7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

7.1. Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

7.2. Fim de vigência

O fim de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

7.3. Renovação da Apólice Mestra

A apólice mestra poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

7.3.1. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

7.3.2. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.3.3. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice mestra na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice mestra.**

8. VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL

8.1. Início de Vigência

O seguro de cada segurado terá vigência anual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Certificado de Seguro.

8.1.1. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.2. Fim de vigência

A data de fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

8.3. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

8.3.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

9. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

9.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

9.3 Poderão ser incluídos no presente seguro, a pessoas com idade entre 18 (dezoito) e 60 (sessenta) anos, possuidoras do Cartão Private Label ou bandeirado vinculado ao Estipulante, seja como portador ou titular e os Parentes Diretos do titular, por ele indicado na Proposta de Adesão ao seguro, que se encontre em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro e que atendam às condições de aceitação estabelecidas nestas Condições Gerais.

9.4 Este seguro abrange somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderidos ao seguro.

9.5 A inclusão será mediante Proposta de Adesão preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente, junto à autorização do Titular do Cartão Private Label ou bandeirado vinculado ao Estipulante para débito do Prêmio Individual desde que entregue nas lojas do Estipulante, que será o responsável pelo o envio à Seguradora.

9.5.1 Na proposta constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

9.6 A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

9.6.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessária.

9.6.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 9.6.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 9.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.7 A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzindo do valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no subitem 16.2.2. destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

9.7.1 Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o proponente terá cobertura entre a data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

9.8 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

9.8.1 A Seguradora, desde que faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

9.8.1.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9.8.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1 Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

10.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

10.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

10.3 Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

10.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH) e Perda de Renda por Desemprego (PRD), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

11. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato e especificados no Certificado de Seguro.

11.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

11.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) nas Coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a data do acidente;
- b) na Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), a data da internação.
- c) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), a data da demissão.

11. CERTIFICADO INDIVIDUAL

No início de cada vigência e a cada renovação subsequente do contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual **do segurado**;

- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

12. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro é totalmente contributivo, ou seja, os Segurados pagam pelo seguro o respectivo Prêmio Individual na sua totalidade.

13. PRÊMIO

- 14.1. A forma de pagamento do prêmio é mensal, e seu valor será estipulado no Contrato.
- 14.2. Por ocasião da renovação do seguro, o Prêmio será reenquadrado automaticamente sempre que o segurado mudar de faixa etária, de acordo com o estabelecido no Contrato.
- 14.3. Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:
 - 14.3.1. **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.**
 - 14.3.2. A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestre, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.
- 14.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.
- 14.5. Fica vedada à cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 14.6. Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.
- 14.7. **Desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade**

civil e criminal do Estipulante.

14.8. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

14.9 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.10 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

14.10.1. A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio total mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio total conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

14.10.1.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,116667% ao dia, a título de juros de mora

14.11. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

14.11.1. O não pagamento na data de vencimento da parcela do prêmio total subsequente ao atraso descrito no subitem 14.9. acarretará no cancelamento automático do seguro.

14.12 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

14.12.1. Caso o segurado não efetue o pagamento do prêmio mensal do seguro individual em seu vencimento, o Estipulante financiará o pagamento da parcela do seguro em atraso, conforme anuência prévia e expressa do segurado, desde que não haja vencimentos anteriores em aberto, garantindo assim as coberturas do seguro.

14.12.2. Se o segurado não efetuar o pagamento do prêmio mensal do seguro, subsequente a parcela financiada pelo Estipulante, ainda sim será concedido um prazo de tolerância de 50 (cinquenta) dias, a partir do vencimento, mantendo os segurados ou seus beneficiários o direito ao recebimento de qualquer indenização decorrente de sinistro coberto ocorrido durante o período de tolerância.

14.13 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

14.13.1. O não pagamento da parcela de prêmio individual dentro do prazo de tolerância do subitem 14.12. acima, acarretará no cancelamento automático do seguro.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1 Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IGPM/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

15.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta, e-mail ou qualquer meio disponível no momento.

16.1 Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada à especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

16.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação constantes no subitem 16.3 destas condições.

16.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 16.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

16.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 16.2 e 16.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

16.2.3 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que Seguradora venha praticar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização

16.3 Documentação para regulação de Sinistros

16.3.1 Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

16.3.2. Para a Cobertura de Morte Acidental:

I Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital, informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo pericial do local do acidente se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

16.3.3. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.
- d) Exames realizados pelo segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

16.3.4. Para a Cobertura de Diária de Internação Hospitalar por Acidente:

I) Cópia Simples

- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Prontuário Médico completo;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames complementares comprovando o diagnóstico.
- g) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;

- b) Relatório Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

16.3.5. Para a Cobertura de Perda de Renda por Desemprego:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.

II) Cópia Autenticada

- a) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
b) Termo de Rescisão Contratual com a devida homologação.

III) Documento Original

- a) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão.

16.4. Junta Médica

16.4.1. No caso de divergência sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

16.4.2. Perícia da Seguradora

16.4.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

- 16.4.2.2.** O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.
- 16.4.2.3.** Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

17. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

17.1 Ocorrerá à cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado;
- b) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado;
- c) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- d) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da apólice mestra; e
- g) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante, seu representante ou seu corretor de seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

A apólice Mestra será cancelada:

- 18.1.** por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
- 18.2.** pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14;
- 18.3.** se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e

18.4. quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

19.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

19.1.2. Se (a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 19.1. não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, no Contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

- I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e.
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

21. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

21.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

21.1.1. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

21.2. Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

21.2.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

21.3. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

23.2. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

24. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

26. CONCEITOS

26.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez-permanente total ou parcial do segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

26.1.1. Incluem-se, nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado a, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação de 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 tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

26.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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 “invalides acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 26.1, acima.

26.2 Apólice Mestra

É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

26.3 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente

(DIT) e Diária de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

26.4 Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

26.5 Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

26.6 Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

26.7 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

26.8 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Contratação e da Apólice Mestre.

26.9 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

26.10 Corretor de Seguros

É o intermediário indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

26.11 Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo segurado e estipulada na Proposta de Adesão, independente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

26.12 Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

26.13 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

26.14 Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

26.15 Franquia

É o período de tempo, não considerado para cálculo do pagamento da Renda Diária de Internação Hospitalar por Acidente contratada, contado a partir da Internação Hospitalar coberta.

26.16 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

26.17 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

26.18 Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e para médicos em regime de internação.

26.19 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

26.20 Internação Hospitalar

É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

26.21 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 180

(cento e oitenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

26.22 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

26.23 Prêmio

É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

26.24 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

26.25 Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro. Poderá a SEGURADORA, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do seguro.

26.26 Proposta de Contratação

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

Na Proposta de Contratação deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

26.27 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

26.28 Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

26.29 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

26.30 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

26.31 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

26.31 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.