

Tokio Marine

Vida em Grupo



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

OUVIDORIA

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 RENDA HOSPITALAR

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

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

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO RENDA HOSPITALAR

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 básica e adicional e serão contratadas conjuntamente:

1.2.1. Cobertura Básica

- CB – Cobertura Básica - Morte

1.2.2. Cobertura Adicional

- RIH – Renda Diária por Internação Hospitalar

2. COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. CB – Cobertura Básica – Morte

Garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.2. A forma de pagamento da Indenização desta cobertura, poderá ser escolhida pelo Beneficiário, conforme uma das opções abaixo:

- a) Na forma de custeio do funeral, nos casos em que o Beneficiário opte pela realização do funeral através da Central de Atendimento da Seguradora.
- b) Efetuado diretamente ao Beneficiário, somente quando o funeral não for realizado através da Central de Atendimento da Seguradora.

2.2. ADICIONAL

2.2.1. Renda Diária de Internação Hospitalar

Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso de sua internação hospitalar em decorrência de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entende-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 consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.1.1. Garante o pagamento adicional de uma Renda no valor de 2 (duas) vezes o Capital Segurado a cada 30 dias de Internação Hospitalar ininterruptas e desde que decorrentes de um mesmo Evento Coberto.

2.2.1.1.1. A forma de pagamento da Indenização adicional que trata o parágrafo 2.2.1.1., poderá ser escolhida pelo Segurado, conforme abaixo:

2.2.1.1.1.1. Para o custeio de uma cesta básica nos casos em que o Segurado opte pelo seu recebimento.

2.2.1.1.1.2. Efetuado diretamente ao Segurado, somente quando a cesta básica não for concedida.

2.2.1.2. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, **esta limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo Acidente ou Doença coberta, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.**

2.3. Este plano de seguro prevê a contratação conjunta das coberturas de Morte e Renda Diária de Internação Hospitalar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os segurados 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 preexistentes à contratação do seguro, não declaradas 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) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;

- h) Epidemias, Endemias e Pandemias declarada por órgão competente;
- i) 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 item anterior, estão excluídos das coberturas de Renda Diária de Internação Hospitalar às Hospitalizações resultantes, total ou parcialmente, dos seguintes fatos:

- a) Ferimentos auto infligidos, enquanto são ou demente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;
- d) Internação hospitalar por motivo de convalescença, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- e) Casos de Doenças mentais, ou qualquer tratamento de psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- f) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- g) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- h) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- i) Diálises, hemodiálises;
- j) Dias de Internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e a adicional Renda Diária de Internação Hospitalar estão sujeitas ao período de carência definido no Contrato.

4.2. Haverá carência de 60 (sessenta) dias contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Renda Diária de Internação Hospitalar.

4.3. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

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

4.5. 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. Cobertura Básica – Morte:
Não há franquia.

5.2. Cobertura Adicional – Renda Diária de Internação Hospitalar:
Esta cobertura será devida a partir do 3º(terceiro) dia, inclusive, de cada Internação Hospitalar, respeitada as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.2.1. Para a Renda adicional que trata o item 2.2.1.1, não haverá Franquia, para a determinação dos 1ºs 30 dias de Internação Hospitalar.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

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.

7.3.4. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar o seguro, será enviado comunicado ao Estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência do seguro.

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.

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

8.2.2. 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.

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

9.2. Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas com idade entre 18 (dezoito) e 50 (cinquenta) 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 encontram 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.

9.3. Este seguro abrange somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro.

9.4. A inclusão será mediante Proposta de Adesão preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente ou responsável legal, 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.

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

9.5. 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.

9.5.1. 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 necessárias.

9.5.2. **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.5.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 9.5 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

9.6. 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 IPCA-IBGE**, conforme legislação vigente.

9.6.1. 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.

9.7. 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. A Seguradora, desde que o 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. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

9.9. 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 da cobertura de Renda Diária de Internação Hospitalar, prevista nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

11. CAPITAIS SEGURADOS

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

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

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

- a) Na Cobertura Básica, a data do falecimento, e
- b) Na Cobertura de Renda Diária de Internação Hospitalar, a data da internação hospitalar.

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

- a) Data do início e término do Seguro individual **do Segurado**;
- b) Capital Segurado de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

13. CUSTEIO DO SEGURO

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

14. PRÊMIO

14.1. A forma de pagamento do prêmio é mensal, e seu valor será estipulado no Contrato.

14.1.1. 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.

14.1.2. Os intervalos das faixas etárias, incluindo os valores os percentuais, serão indicados nas Condições Contratuais e disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

14.2. Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos sub-ítem abaixo:

14.2.1. 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.

14.2.2. A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

14.3. 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.

14.4. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.5. 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.

14.6. Desde que tenha sido recebido 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

14.7. 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.

14.8. 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.

14.9. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

14.9.1. 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.

14.9.1.1. 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.

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

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

14.11. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

14.11.1. 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.

14.11.2. 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.

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

14.12.1. O não pagamento da parcela de prêmio individual dentro do prazo de tolerância do item 14.11. 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

16.1. 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.

16.2. Em seguida, deverá ser encaminhada **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 a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

16.2.1. 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 item **16.5** destas condições.

16.3. 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 item 16.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.”

16.4. 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 a data de sua efetiva liquidação.

16.4.1. 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.

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

16.5. Documentação para regulação de Sinistros

16.5.1. 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.

16.5.2. Para a Cobertura de Morte -Básica:

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 em que ocorreu o evento;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver.

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) Laudo de Exame Cadáverico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

16.5.3. Para a Cobertura Adicional de Renda por Internação Hospitalar:

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 Seguro;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

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.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) 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 realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudos do Exame de Corpo Delito (IML).

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

16.6. Junta Médica

16.6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 16 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

16.6.1.1. 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.

16.6.1.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 16 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

16.6.2. Perícia da Seguradora

16.6.2.1. 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.

16.6.2.2. 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.

16.6.2.3. 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 a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) por solicitação do Segurado Principal, 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;
- g) automaticamente se houver inexactidão 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;

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.

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) inexactidão 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 item 18.1 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 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 considerar 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 dos 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, com 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. 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.

26.2. Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso da cobertura de Doenças Graves (DG), o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

26.3. 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.

26.4. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

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 Seguro, 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 Seguro 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. Doença Pré-Existente

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

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. Grupo Segurado

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

26.15. 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 no Contrato.

26.16. Indenização

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

26.17. 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 consangüíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

26.18. Parente Direto

Para fins deste seguro entende-se como Parente Direto o cônjuge, filhos, pais, irmãos, enteados, considerados dependentes do Titular do Cartão Private Label ou bandeirado vinculado ao Estipulante, de acordo com a regulamentação do Imposto de Renda.

26.19. Prêmio

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

26.20. 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

26.21. 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.

26.22. 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.

26.23. 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

26.24. Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

26.25. Seguradora

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

26.26. Sinistro

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