

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

Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	3
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	6
4.	CARÊNCIA	8
5.	FRANQUIA	9
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	9
7.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....	9
8.	DA ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE	9
9.	BENEFICIÁRIOS	9
10.	CAPITAIS SEGURADOS.....	9
11.	BILHETE DE SEGURO	10
12.	CUSTO DO SEGURO	10
13.	ATRASO NO PAGAMENTO DO CUSTO DO SEGURO	11
14.	O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO.....	11
15.	CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO	11
16.	CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA	12
17.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	12
18.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	17
19.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	17
20.	OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS	18
21.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
22.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	19
23.	PRESCRIÇÃO	19
24.	DO FORO	19
25.	CONCEITOS	19

SEGURO PRESTAMISTA – BILHETE DE SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento da dívida contraída pelo Segurado junto ao Representante de Seguros ou Empresa Credora, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, 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 às demais cláusulas destas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro.**

1.1 As coberturas deste Seguro são:

- **Básica – Morte;**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- **IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;**
- **RIH – Renda por Internação Hospitalar;**
- **PRD – Perda de Renda por Desemprego;**

1.1.1 O Segurado receberá no ato da contratação, o Bilhete de Seguro contendo o plano de coberturas contratado, sendo a básica obrigatória e as adicionais facultativas.

1.1.2 Não poderão ser oferecidos Planos de Seguros para Proponentes inelegíveis a todas às coberturas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICA

2.1.1 Morte

Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura em uma única parcela, 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 Bilhete de Seguro.**

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura em uma única parcela, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, Total, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 2.2.1.1, 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 Bilhete de Seguro.

2.2.1.1 Considera-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

2.2.1.2 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.

2.2.1.3 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.

2.2.1.4 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.

2.2.1.5 A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.2.1.6 As indenizações previstas para as coberturas de Morte 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 será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.2 IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

2.2.2.1 Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, decorrente de acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, **exclusivamente, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o período de franquias bem como o disposto nestas Condições e no Bilhete de Seguro.

2.2.2.2 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado.

2.2.2.3 A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

2.2.2.4 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.2.2.5 Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.3 RIH – Renda por Internação Hospitalar

2.2.3.1 Desde que contratada, garante à empresa credora, o pagamento de uma indenização, limitada ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, no caso de internação hospitalar do segurado decorrente de acidente ou doença, **desde que as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.3.2 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado. .

2.2.3.3 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro.

2.2.3.4 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

2.2.4 PRD – Perda de Renda por Desemprego

2.2.4.1 Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de desemprego involuntário do Segurado quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Bilhete de Seguro.

2.2.4.2 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado.

2.2.4.3 Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

O Segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo de 12 (doze) meses com jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

Será considerado também o vínculo com empregadores diferentes, desde que não haja um intervalo maior que 30 (trinta) dias entre um registro e outro.

2.2.4.4 A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias a partir da data da ocorrência do sinistro.

2.2.4.5 Após um evento de desemprego indenizado, o segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à indenização de um segundo evento de desemprego.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 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) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Bilhete de Seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;**
- f) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Custos do Seguro.**
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;**

3.2 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3 Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente e Doença (IFT), os abaixo especificados:

- a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Bilhete de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- b) Hospitalização para “check-up”;
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.
- j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- k) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- m) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

3.4. Renda por Internação Hospitalar (RIH)

Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto se decorrente de tentativa de suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Bilhete de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) 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;

- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo que ocasione danos a mais de três pessoas que residam na mesma cidade que o segurado ou, em cidade em que o segurado esteja de passagem;
- i) 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-anatomopatológica ou exames complementares;
- j) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- k) Anomalias congênicas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- l) Diálises, hemodiálises;
- m) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

3.5. Perda de Renda por Desemprego (PRD)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), os abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido no Bilhete de Seguro.

4. CARÊNCIA

4.1 As coberturas adicionais de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda por Internação Hospitalar (RIH) estão sujeitas ao período de carência de 30 (trinta) dias.

4.2 Para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) o período de carência será de 30 (trinta) dias.

- 4.3 Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente.
- 4.4 O pagamento antecipado do Custo do Seguro não elimina a carência estabelecida para o Seguro.
- 4.5 Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Seguro.

5. FRANQUIA

As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Perda de Renda por Desemprego (PRD) estão sujeitas ao período de franquia definido na descrição nas respectivas coberturas.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 6.1 O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.
- 6.2 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

- 7.1 O início e término de vigência de cada Seguro serão definidos no Bilhete de Seguros, iniciando-se sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Custo do Seguro.

8. DA ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE

- 8.1 O Plano de Seguro será ofertado pelo Representante de Seguros, sendo a contratação feita de forma opcional formalizada pela emissão do Bilhete de Seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1 A Empresa Credora será sempre o Beneficiário do Seguro.

10. CAPITAIS SEGURADOS

Será considerado para indenização em caso de sinistro o valor do saldo devedor da dívida assumida pelo Segurado junto a Empresa Credora, e informada pela Empresa Credora à Seguradora, **sendo limitado ao capital máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.**

10.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

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

- a) na Cobertura Básica de Morte a data do falecimento;
- b) na Cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) a data do acidente;
- c) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), a data do diagnóstico da invalidez geradora da incapacidade;**
- d) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), quando não houver aviso prévio, a data da baixa do contrato de trabalho do Segurado. Quando houver aviso prévio da dispensa, será considerada como data do evento aquela do aviso prévio;**
- e) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

11. BILHETE DE SEGURO

No início de cada vigência será entregue pelo Representante de Seguro um Bilhete de Seguro a cada Segurado, indicando as coberturas, o prazo de vigências, os riscos excluídos e as demais informações obrigatórias previstas na legislação.

11.1 Caso o Segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição, para pessoa física, ou o número de identificação no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para pessoa jurídica, excetuadas as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp.

12. CUSTO DO SEGURO

12.1. A forma de pagamento, do Custo do Seguro poderá ser parcela única ou mensal conforme opção do segurado descrita no Bilhete de Seguro.

12.1.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do Seguro 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.

12.1.2 A data limite para pagamento do Custo do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado no Bilhete de Seguro.

12.2. Os custos individuais do Seguro, desde que tenham sido recebidos pelo Representante de Seguro, 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 do Contrato, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da Representante de Seguros.

12.3. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Custo do Seguro.

12.4. Haverá devolução proporcional dos Custos do Seguro nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

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

13. ATRASO NO PAGAMENTO DO CUSTO DO SEGURO

13.1 A falta de pagamento de qualquer parcela do custo mensal no prazo estabelecido no Bilhete de Seguro, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo o Segurado ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

13.2 O Seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do custo mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas a contar da data de pagamento da referida parcela.

14. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

14.1 O Segurado em atraso com o pagamento do Custo do Seguro será notificado pela Empresa Credora da suspensão das coberturas e cientificado de que o não pagamento de três parcelas consecutivas acarretará o cancelamento automático, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

14.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do Seguro, este Seguro estará automaticamente cancelado.

14.3 Caso o segurado fique em atraso com 3 (três) parcelas consecutivas, o Seguro será automaticamente cancelado, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

15 CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

15.1 O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Seguro, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

15.2 A Seguradora ou seu Representante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

15.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos, de imediato.

15.4 A devolução a que se refere o item 15.3 será realizado pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Seguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

16 CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA

16.1 Na hipótese de cancelamento do contrato mantido entre a Seguradora e o Representante de Seguros, os Bilhetes de Seguro já emitidos até aquela data, terão sua vigência respeitada pela Seguradora até o final de vigência prevista neste bilhete.

16.2 A Seguradora se reserva ao direito de cancelar os Bilhetes de Seguro, caso o segurado esteja inadimplente, na forma prevista nestas condições gerais.

16.3 Caso não ocorra o repasse do custo do Seguro pelo Representante de Seguros à Seguradora, conforme previsto em Contrato, havendo a ocorrência de algum evento coberto pelo Seguro, a indenização será paga pela Seguradora, de acordo com o evento reclamado, cabendo ao Representante de Seguros repassar o prêmio à Seguradora, acrescidos de juros de mora de 1% (por cento) ao mês e correção monetária pelo IGPM, no prazo de 24 (vinte e quatro), horas **contados da notificação do pagamento da indenização.**

17 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, carta, e-mail ou qualquer meio disponível no momento.

17.1 Em seguida deverá ser encaminhada **a documentação relacionada adiante e que consta do Bilhete de Seguro**, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pela Representante de Seguros e Beneficiários. 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.

17.2 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 18.3.

17.2.1 **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 17.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.**

17.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 18.2 e 18.2.1, a Seguradora pagará multa de 2,0% 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.

17.2.2.1 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.

17.2.3 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.

17.2.4 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

17.2.4.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.3 Documentos para Regulação dos Sinistros

17.3.1 Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro 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) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito se houver;

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento;
- c) Certidão de Casamento atualizada com averbação de Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (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.

Em caso de Morte Acidental, além dos documentos relacionados acima, encaminhar:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo Segurado e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- f) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

17.3.2 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro 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) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial 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 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

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

17.3.3 Para Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro 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) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Cópia Autenticada

- a) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

III) Documento Original

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

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 sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

17.3.4 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
b) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro 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 os diagnósticos.

II) Documento Original

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

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

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

17.3.5 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro 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.

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.

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, será solicitado ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

Este documento deve estar com firma reconhecida da assinatura do Segurado e testemunhas.

Caso seja necessário, podem ser realizadas perícias e até Junta Médica, com a finalidade de definir o evento.

O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

17.4 Junta Médica

17.4.1 No caso de divergências 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.

17.4.1.1 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.

17.4.1.2 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.

17.4.2 Perícia da Seguradora

17.4.2.1 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.

17.4.2.2 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.

17.4.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo Bilhete de Seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

18 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

18.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;
- b) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente 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 Bilhete de Seguro;
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Custo do Seguro;
- f) automaticamente se houver inexistência ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Empresa Credora, ou Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Bilhete de Seguro.

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) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

- b) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) 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 Bilhete de Seguro;
- e) não fornecimento da documentação solicitada.

20 OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS

20.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, no Bilhete de Seguro, constituem, ainda, obrigações do Representante de Seguro:

- a) repasse integral dos Custos do Seguro arrecadados à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente entre as partes. O não repasse dos Custos do Seguro à Seguradora poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura;
- b) responsável pela integridade, confiabilidade, segurança e sigilo das operações realizadas, assim como pelo cumprimento das normas e regulamentos aplicáveis à operações, sem prejuízo das respectivas medidas de ressarcimento pactuadas contratualmente;
- c) garantir ao Segurado o exercício do direito de arrependimento, quando o pedido for realizado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Seguro. O direito de arrependimento poderá ser exercido pelo mesmo meio utilizado para a contratação do Seguro;
- d) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- e) manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- f) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- g) discriminar o valor do Custo do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- h) comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

20.2 É vedado ao Representante de Seguros:

- a) cobrar dos Proponentes, Segurados ou de seus Beneficiários, quaisquer valores relacionados à sua atividade, na condição de Representante de Seguros, ou ao plano de Seguro, além daqueles especificados pela Seguradora;
- b) efetuar propaganda e promoção de Produto de Seguro sem prévia anuência da Seguradora ou sem respeitar a fidedignidade das informações constantes do plano de Seguro ofertado;
- c) oferecer Produto de Seguro em condições mais vantajosas para quem adquire produto ou serviço por ele fornecido;

- d) vincular a contratação de Seguro à concessão de desconto ou à aquisição compulsória de qualquer outro produto ou serviço por ele fornecido; e
- e) emitir, a seu favor, carnês ou títulos relativos aos serviços de representante que não sejam expressamente autorizados pela Seguradora.

21 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

21.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Representante de Seguro e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

22 DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

22.3 As Condições Contratuais / Regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice / Bilhete de Seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

23 PRESCRIÇÃO

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

24 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.

25 CONCEITOS

25.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecido, 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 ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no subitem 26.1, acima.

25.2 Beneficiários

É a pessoa jurídica designada para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

25.3 Bilhete de Seguro

É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

25.4 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.

25.5 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 custos do Seguro Individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

25.6 Carregamento

É o percentual incidente sobre Custo do Seguro destinado a atender às despesas administrativas, comerciais e remuneração do Representante do Seguro.

25.7 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 do Bilhete do Seguro.

25.8 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pela Representante de Seguros legalmente habilitado para 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.

25.9 Custo do Seguro

É o valor a ser pago à Seguradora em decorrência das coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um custo correspondente.

25.10 Empresa Credora

É a pessoa jurídica que concede o crédito ao Segurado.

25.11 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado.

25.12 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

25.13 Hospital

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

25.14 Indenização

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

25.15 Internação Hospitalar

É o período 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.

25.16 Internação Eletiva

É a internação hospitalar que é agendada, sem caráter de urgência.

25.17 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 consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

25.18 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.

25.19 Representante de Seguro

É a pessoa jurídica que possui contrato com a seguradora, tendo poderes de representá-la na oferta e promoção de seus Seguros aos clientes do representante.

25.20 Segurados, Cônjuge e Filhos

São as pessoas físicas que contratam o Seguro, em seu benefício ou de terceiros, em relação às quais a seguradora, assume a responsabilidade dos riscos previstos no Contrato do Seguro.

25.21 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar Seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Custo do Seguro garante as coberturas previstas no Bilhete de Seguro.

25.22 Sinistro

É o acontecimento futuro e incerto, garantindo pelo Seguro e ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a Seguradora.

25.23 Tratamento Cirúrgico

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

25.24 Tratamentos Clínicos

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