

Tokio Marine

Eventos Aleatórios



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

Sumário

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

SEGURO DE EVENTOS ALEATÓRIOS BILHETE DE SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado, em caso de Internação Hospitalar, conforme a cobertura contratada, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguros.**

1.1. Coberturas Básicas

- RIHA – Renda de Internação Hospitalar por Acidente
- RIHAD – Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença
- PRD-IA – Perda de Renda por Incapacidade por Acidente
- PRD-IAD – Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença

1.2. Esse Seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIHA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – RIHAD
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIHA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIHAD
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIHA
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIHAD
- IFF – Inclusão Facultativa de Filhos – RIHA
- IFF – Inclusão Facultativa de Filhos – RIHAD

1.3. O segurado receberá no ato da contratação o bilhete de seguro contendo o plano de coberturas contratado, sendo uma das coberturas básicas obrigatória e as demais facultativas.

1.4. Não poderão ser oferecidos planos de seguros a proponentes inelegíveis a todas as coberturas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. RIHA – Renda de Internação Hospitalar por Acidente

Desde que contratada garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização limitada ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, no caso de sua internação hospitalar decorrente única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, 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 Seguros.

2.1.1.1. 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.

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

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

2.1.2. RIHAD – Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença

Desde que contratada garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização limitada ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, no caso de sua internação hospitalar decorrente **de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entende-se como tal todas 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 Seguros.**

2.1.2.1. 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.

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

2.1.1.3 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.

2.1.3. PRD-IA – Perda de Renda por Incapacidade por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, **decorrente exclusivamente por acidente**, 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 franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Bilhete de Seguros.

2.1.3.1. 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.

2.1.3.2. 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.

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

2.1.4. PRD-IAD – Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença

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, **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 franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

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

2.1.4.2. 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.

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

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 suspenso;
- 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. Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (RIHAD)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença, os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os 02 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da 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) Envenenamento em caráter coletivo que ocasione danos a mais de três pessoas que residam na mesma cidade que o segurado ou, em cidade 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 congênitas 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.

3.3. Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA) ou Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade, 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 afastados sejam decorrentes de agravamento, seqüela 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, geriátrico e suas consequências;
- m) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

4. CARÊNCIA

4.1. Haverá carência de 03 (três) meses contados a partir da data de início de vigência individual para a Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar (RIHAD), exclusivamente se decorrente de doença.

4.2. Haverá carência de 30 (trinta) dias contados a partir da data de início de vigência individual para a Cobertura Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRDIAD), exclusivamente se decorrente de doença.

4.3. Não há carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

5. FRANQUIA

A Franquia da cobertura de RIHA – Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou da RIHAD – Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

A franquia da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA) e Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD) será de 15 (quinze) dias a partir da data da ocorrência do sinistro. Assim, a indenização somente será devida quanto a incapacidade física temporária perdurar por período superior a 15 (quinze) dias.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

6.1. O presente Seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

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

7.2. **Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar o Bilhete de Seguro na data de vencimento, sem devolução dos Custos do Seguro pagos nos termos do Bilhete de 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. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGES

9.1. O Contrato deste Seguro poderá prever e regular a inclusão, automática e facultativa, dos cônjuges dos Segurados que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

9.2. **O Capital Segurado do Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado.**

9.3. O Representante de Seguros deverá informar quais as coberturas pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que estas Coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado.

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuge – RIHA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuge – RIHAD
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuge – RIHA
- IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuge – RIHAD

9.4. A inclusão de Cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os Segurados, independente de solicitação.

9.5. A inclusão facultativa de Cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado, além do pagamento do Custo do Seguro adicional.

9.6. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

9.7. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, seja automática ou facultativa a inclusão, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado ao Representante de Seguros e ter havido pagamento de prêmio.

9.8. No caso previsto no subitem anterior (9.7) e na modalidade de cônjuge facultativo, os prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

9.9. Não poderá, seja de forma automática, seja facultativa, ser incluído no Seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que já participe na qualidade de Segurado no mesmo contrato.

10. DA INCLUSÃO DE FILHOS

10.1. O Contrato deste Seguro poderá prever e regular a inclusão, automática e facultativa, dos filhos do Segurado.

10.2. O Representante de Seguros deverá informar quais as coberturas pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que estas Coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado.

- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIHA
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – RIHAD
- IFF – Inclusão Facultativa de Filhos – RIHA
- IFF – Inclusão Facultativa de Filhos – RIHAD

10.2.1. São considerados filho do Segurado, para fins deste Seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado:

I – o filho(a) e o enteado(a) do Segurado, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II – filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 (vinte e quatro) anos;

III – menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV – o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos desde que o Segurado detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V – irmão(ã), neto(a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 (vinte e um) anos até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 (vinte e um) anos;

V – o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

10.3. O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado.

10.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado para efeito desta Cobertura.

10.5. Não poderá ser incluído no Seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado na mesma Apólice.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1. O Beneficiário para recebimento do Capital Segurado da cobertura de RIHA - Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou da RIHAD - Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença e PRD-I – Perda de Renda por Incapacidade será sempre o próprio Segurado.

12. CAPITAIS SEGURADOS

Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Bilhete de Seguro.

12.1. Consideram-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA), a data do Acidente gerador da incapacidade e na Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD), a data do acidente ou diagnóstico da doença geradora da incapacidade;

b) Nas Coberturas de Renda por Internação Hospitalar, a data da internação.

13. BILHETES DE SEGURO

No início de cada vigência será entregue pelo Representante de Seguros 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.

14. CUSTO DO SEGURO

14.1. A forma de pagamento do Seguro poderá ser Mensal ou Único, conforme acordado no Contrato entre o Representante de Seguros e a Seguradora, e informado no bilhete de seguros.

14.1.1. 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.

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

14.2. 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.

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

14.4. 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.

15. ATRASO NO PAGAMENTO DO CUSTO DO SEGURO

15.1. 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 o direito ao recebimento de qualquer Capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.2. 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.**

16. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO

16.1. 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.

16.1.1. O cancelamento do Seguro ocorrerá com a suspensão da cobertura observado o prazo estabelecido no Bilhete do Seguro.

16.2. 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.

17. CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA.

17.1. 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.

17.2. A Seguradora se reserva ao direito de cancelar os Bilhetes de Seguro, caso o Segurado esteja inadimplente, na forma prevista nestas Condições Gerais.

17.3. 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.

18. O CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

18.1. 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.

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

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

18.4. A devolução a que se refere o subitem 18.3 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.

19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS CUSTOS

19.1. Para os Seguros com vigência superior a 01 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo 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.

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

20. 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.

20.1. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação relacionada adiante e no Bilhete de Seguros, junto com o formulário Aviso de Sinistro, **totalmente preenchido e assinado pelo Representante de Seguros. 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.**

20.2. 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 20.3.

20.2.1. 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 20.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

20.2.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 20.2 e 20.2.1, 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.

20.2.2.1. 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.

20.2.3. 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.

20.3. Documentos para Regulação dos Sinistros

20.3.1. Para as Coberturas de Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou Renda por Internação Hospitalar do Acidente ou Doença:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Representante de Seguros;
- 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) Exame(s) complementar(es) comprovando os diagnósticos.

II) Cópia Autenticada

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

III) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que conste o aviso de alta médica.

20.3.2. Para Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA) e Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD).

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Representante de Seguros;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.
- e) 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).
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

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

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.

20.4. Junta Médica

20.4.1. 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.

20.4.1.1. 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.

20.4.1.2. 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.

20.4.2. Perícia da Seguradora

20.4.2.1. 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.

20.4.2.2. 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.

20.4.2.3. 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.

21. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

21.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- c) automaticamente se o Segurado, agir com dolo, culpa grave, ou cometer fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do Bilhete de Seguro;
- d) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Custo do Seguro;
- e) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Representante de Seguros, ou Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Bilhete de Seguro.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado:

- n) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- o) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- p) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- q) 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;
- r) não fornecimento da documentação solicitada.

22.2. Equiparam-se ao segurado, para os fins exclusivos desta cláusula, cônjuges, filhos e companheiros, que tenham sido incluídos no presente seguro.

23. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS

23.1. 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 prêmios 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 seguros. 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 prêmio 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;

23.2. É vedado ao Representante de Seguros:.

- a) cobrar dos Segurados 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 contratante.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. 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.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. 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.

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

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

26. PRESCRIÇÃO

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

27. 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.

28. CONCEITOS

28.1. 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 “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 27.1, acima.

28.2. Beneficiários

São as pessoas físicas e/ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

28.3. 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.

28.4. 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.

28.5. 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.

28.6. Carregamento

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

28.7. 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 de Seguro.

28.8. Corretor de Seguros

Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas. (Circular SUSEP 354/07).

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.

28.9. 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.

28.10. 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 ou de seus Beneficiários.

28.11. 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.

28.12. Hospital

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

28.13. Indenização

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

28.14. 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.

28.15. Internação Eletiva

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

28.16. 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.

28.17. 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.

28.18. 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.

28.19. Segurado, 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.

28.20. 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.

28.21. Sinistro

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

28.22. Tratamento Cirúrgico

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

28.23. Tratamentos Clínicos

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

Bilhete de Seguro – Via Cliente

Cliente: _____ **CPF:** _____ **Data de nascimento:** _____
Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____
Tipo de Seguro: 1390 – Eventos Aleatórios Bilhete de Seguros
Nº Bilhete: _____ **Data de emissão: XX/XX/XXXX**
Início de Vigência: XX/XX/XXXX **Fim de Vigência: XX/XX/XXXX**
Prêmio Líquido do Seguro: R\$ XX,XX **Valor do IOF: R\$ X,XX**
Prêmio <Mensal ou Único> Pago pelo Segurado: R\$ XX,XX **Colaborador:** _____
O prêmio acima indicado é pago através de:
Local de Risco: _____

Cobertura(s) Básica(s)	Prêmio	Capital Segurado	Carência	Franquia
Cláusulas Suplementares	Prêmio	Capital Segurado	Carência	Franquia

(*) Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

O Beneficiário para recebimento do Capital Segurado das coberturas contratadas será sempre o próprio Segurado.

A contratação do Seguro é opcional, sendo possível a desistência do contrato em até 7 (sete) dias corridos com a devolução integral do valor pago. É proibido condicionar desconto no prêmio do bem à aquisição do seguro, vincular a aquisição de bem à contratação compulsória de qualquer tipo de seguro ou ofertar bens em condições mais vantajosas para quem contrata plano de seguro.

Central de Atendimento a Sinistros e Assistência 24 horas: 0800 28 50 115

Atendimento Exclusivo ao Consumidor (9:30 às 17:00) – SUSEP: 0800 021 8484

Assinatura do Representante da Tokio



Ouvidoria XPTO: 0800 702 9248

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO SEGURO

O **Seguro de Eventos Aleatórios XPTO** é destinado, exclusivamente, aos clientes da XPYO que aderirem expressamente ao Seguro, nos moldes fixados.

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S.A., que se responsabilizará pela garantia do Seguro.

Representante de Seguros: XPTO S.A.

Segurado: Pessoa Física que tenha firmado um contrato com o Representante de Seguros ou Empresa Credora, solicitando a sua inclusão ao Seguro.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

As condições e limitações do produto e dos serviços disponibilizados na íntegra estão previstas nas Condições Gerais do Seguro, disponíveis no site www.tokiomarine.com.br, cuja leitura recomendamos.

COBERTURAS

➤ **RIHA – Renda de Internação Hospitalar por Acidente**

Garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura, no caso de sua internação hospitalar decorrente **única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizadas em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais.**

➤ **RIHAD – Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença**

Desde que contratada garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização limitada ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, no caso de sua internação hospitalar decorrente **de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entende-se como tal todas as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizadas em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e no Bilhete de Seguros.**

➤ **PRD-IA – Perda de Renda por Incapacidade por Acidente**

Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, **decorrente exclusivamente por acidente**, 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 nas Condições Gerais.**

O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete de Seguro, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização será através de única parcela.

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 de tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnósticos. 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.

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

➤ **PRD-IAD - Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença**

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, **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 franquia bem como o disposto nas Condições Gerais.**

O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete de Seguro, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização será através de única parcela.

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 de tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnósticos. 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.

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

RISCOS EXCLUIDOS

- **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 suspenso;**
- 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;**

- **Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (RIHAD)**

Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Renda por Internação Hospitalar por Acidente, os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os 02 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da 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) Envenenamento em caráter coletivo que ocasione danos a mais de três pessoas que residam na mesma cidade que o segurado ou, em cidade 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 congênitas 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.

- Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA) ou Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade, 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 afastados 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, cervicobraquialgias 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, geriátrico e suas consequências;
- m) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

DOCUMENTOS DE SINISTRO

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 e em seguida, deverá ser encaminhada a documentação relacionada adiante, **junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pela Representante de Seguros, Beneficiários e pelo médico assistente**. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários.

Documentos para Regulação dos Sinistros

- **Documentos para Regulação dos Sinistros**

Para as Coberturas de Renda por Internação Hospitalar por Acidente ou Renda por Internação Hospitalar do Acidente ou Doença:

I) **Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Representante de Seguros;
- 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) Exame(s) complementar(es) comprovando os diagnósticos.

II) **Cópia Autenticada**

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

III) **Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que conste o aviso de alta médica.

Para Cobertura de Perda de Renda por Incapacidade por Acidente (PRD-IA) ou Perda de Renda por Incapacidade por Acidente ou Doença (PRD-IAD)

I) **Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Representante de Seguros;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Documento que comprove o pagamento do Custo do Seguro referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.
- e) 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).
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

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

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.

PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO

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 do Sinistro.

PAGAMENTO DO SEGURO

O pagamento do prêmio do seguro será mensal e cobrado na fatura do Cartão XXXXXXXX.

Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio do seguro, as Coberturas ficam automaticamente suspensas. O não pagamento de 3 (três) parcelas consecutivas acarreta o cancelamento automático do seguro.

As disposições aqui referidas são uma breve descrição do produto. Restrições se aplicam. Para mais informações, consulte as condições gerais do seguro, à disposição no site www.tokiomarine.com.br e ainda no site www.XPTO.com.br. O plano de seguro também pode ser consultado no site da Susep: <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos-1>. Seguro garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A., CNPJ 33.164.021/0001-00, Código SUSEP nº 06190, através dos processos SUSEP nº XXXXXXXXXXXX, Eventos Aleatórios – Ramo 1390. Corretora: Sancafer Adm Corretora de Seguros Ltda., Código SUSEP 100569071, CNPJ 08.490.111/0001-35. A aceitação do Seguro pela Seguradora estará sujeita a análise do risco. Tenho ciência que poderei consultar as informações sobre o plano Eventos Aleatórios a qual se vincula este bilhete e a situação cadastral do Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu nº de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. **Este Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.** Tokio Marine Seguradora – Ouvidoria 0800-449-0000 Cx. Postal 12.829 – CEP: 04010-970 – São Paulo – SP – E-mail: ouvidoria@tokiomarine.com.br. SAC Tokio Marine: 0800 703 9000. Central de Atendimento a Sinistro: 0800 28 50 115 e atendimento exclusivo ao consumidor (9:30 às 17:00) – Central de Atendimento SUSEP – 0800 021 8484.