

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais de seu **Seguro Prestamista – Estipulação Variável**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro deste plano na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Condições Gerais – Versão 06/08/2019

Documento registrado no ____° Oficial de Registro de Títulos e Documentos da Comarca de São Paulo sob o nº _____.

Seguro Prestamista – Taxa Média – Processo SUSEP nº 15414.902339/2019-76

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0300 33 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria

Tokio Marine Seguradora

SEGURO PRESTAMISTA – TAXA MÉDIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato.**

1.1 As coberturas deste Seguro serão divididas em Básicas e Adicionais:

Coberturas Básicas:

- Básica – Morte;
- MA – Morte Acidental.

Coberturas Adicionais:

- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;
- IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;
- IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;
- RIH – Renda por Internação Hospitalar;
- PRD – Perda de Renda por Desemprego.

1.1.1 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretendem contratar, sendo a básica obrigatória e as adicionais facultativas.

1.1.2 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1. Morte

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

2.1.2 MA – Morte Acidental

Garante ao beneficiário o pagamento do Capital Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2 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, 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 Contrato.**

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 pagar 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. PDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica (Morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.2.1 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2.2.1.1 Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definitiva nas Condições Gerais e/ou especiais do Segurado.

2.2.2.1.2 Está coberta a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 06 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doenças, a seguir relacionadas:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associadas à de um dos pés.

2.2.2.1.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional.

2.2.2.1.4 A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

2.2.2.1.5 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 03 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL,	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02

HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

2.2.2.2 Ocorrendo a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (Morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a Cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individualmente.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

2.2.2.3 Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.2.3.1 Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.2.3.2 A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional não se acumula com nenhuma outra cobertura.

2.2.3. IFT – Incapacidade Física Total Temporária 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 encontra 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 e no Contrato.**

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

2.2.3.2. Para fins desta cobertura, entende-se profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP quando solicitado.

2.2.3.3. 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.

2.2.3.4. 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.

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

2.2.4. RIH – Renda por Internação Hospitalar

Desde que contratada, garante ao beneficiário, 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 Contrato.**

2.2.4.1 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, 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.

2.2.4.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro, salvo definição contrária prevista em Condições Particulares da Apólice.

2.2.4.3 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.

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

2.2.5. PRD – Perda de Renda por Desemprego

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 Contrato.**

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

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

2.2.5.2.1. 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.

2.2.5.3. 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) as doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei e, nos seguros contratados por pessoa jurídica, também por parte dos sócios controladores, dirigentes e administradores;**
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro;**
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente.**

3.2 Morte Acidental (MA)

Além dos riscos mencionados no subitem 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental (MA), os abaixo especificados:

a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

3.3 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.

3.4 Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF)

Além dos riscos mencionados nos itens 3.1, 3.2 e 3.3, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda de sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.

3.5 Incapacidade Física Total e 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 Contrato 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, 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 conseqüências 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 congênicas 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 recidiva de qualquer articulação;**
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.**

3.6 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 Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- b) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;**
- c) 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;**
- d) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;**
- e) 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;**
- f) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;**
- g) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;**
- h) 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;**
- i) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);**
- j) Anomalias congênicas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;**
- k) Diálises, hemodiálises;**
- l) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.**

3.7 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 Contrato de Seguro.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e adicionais de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda por Internação Hospitalar (RIH), estão sujeitas ao período de carência definidos no contrato.

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 Prêmio 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.

4.6. O prazo que um plano de Seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência.

5. FRANQUIA

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 no Contrato.

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. Este âmbito geográfico se dará as coberturas

que seguem relacionadas: Básica (Morte), Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF).

6.2 Para as coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda de Internação Hospitalar (RIH), e Perda de Renda por Desemprego (PRD) o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

6.3 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

7.1 A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

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

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

7.4 Início de Vigência

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

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

7.6 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

8. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

8.1 O início e término de vigência individual do Seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

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

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

9. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

9.2 A contratação/alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de Seguros habilitado.

9.3 Será estabelecido no Contrato a quantidade mínima de Segurados necessários para aceitação do Seguro.

9.4 Poderá ser incluídos no presente Seguro, as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

9.5 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no contrato:

9.5.1 Automática: nos seguros não Contributivo (subitem 13.1), quando abranger a totalidade dos componentes do Grupo Segurável;

9.5.2 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao Seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

9.6 A inclusão de Proponentes neste Seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a Declaração Pessoal de Saúde e atividade profissional.

9.6.1 **A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo Proponente** ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o Proponente declarará ter conhecimento prévio na íntegra das Condições Gerais.

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

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

9.7.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto ou subitem 9.7.1 o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 9.7 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

9.8 A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzido o valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevaído a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA-IBGE com base na última publicação oficial, conforme legislação vigente.

9.8.1 Nos contratos de Seguro cujas Propostas de Adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

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

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

9.9.1.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

9.9.2 O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1 O Estipulante será sempre o único Beneficiário do Seguro.

11. CAPITAIS SEGURADOS

Será considerado para indenização em caso de sinistro o **Capital Segurado Variável**, modalidade em que o capital segurado está atrelado ao saldo devedor da obrigação contraída pelo segurado cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, **sendo limitado ao capital máximo estabelecido no Contrato do Seguro**.

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

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

- a) na Cobertura Básica Morte a data do falecimento;
- b) nas Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;
- c) na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF) a data em que a Invalidez ficou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- d) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), a data do diagnóstico da incapacidade;

- e) 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;
- f) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

- a) Data do início e término do Seguro Individual **do Segurado**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do Prêmio.

13. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do Seguro pode ser:

13.1 Não Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

13.2 Contributário – quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

14. PRÊMIO DO SEGURO

14.1 A forma de pagamento, do Prêmio do Seguro será mensal conforme descrito no Contrato do Seguro.

14.2 Em relação aos prêmios individuais, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

14.2.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio 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.

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

14.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurado, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

14.5 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

14.6 Nos Seguros Contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os Prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

14.7 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do Seguro individual ou mediante pedido do Segurado Principal.

14.8 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

14.8.1 Haverá devolução dos prêmios ajustados nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

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

15. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

15.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura. Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, 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 os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer Capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.1.1 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

15.1.2 Quando suspensa a cobertura do Seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.



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

15.2.1 O prazo para pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

15.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa e juros de mora conforme previsto na Proposta de Seguro e Condições Contratuais da apólice.

15.2.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 15.2.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

15.2.4 A parcela de prêmio paga após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

15.4 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.4.1 Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura. O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do Seguro.

15.4.1.1 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 prêmio, este Seguro estará automaticamente cancelado.

15.4.2 Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura o Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do Seguro.

15.4.2.1 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

16. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

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

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

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

16.4 A devolução a que se refere o item 16.3 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.

17. PROCEDIMENTO 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 qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento 0300 33 86546, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

17.1 Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada 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 17.3.

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 17.2 e 17.2.1, a Seguradora pagará juros de mora de 1% ao mês e multa de 2,0% sobre o total, 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 do o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Beneficiário;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito se houver;

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação de Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) 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, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

17.3.2 Para a Cobertura Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Beneficiário;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);



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

17.3.3 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo, e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

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

III) Documento Original

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

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

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado, do mês do evento;
- c) Exames médico 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 06 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 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).

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

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) 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 veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

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

17.3.6 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado, do mês do evento.

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.

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 a seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

17.4 Junta Médica

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 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatedor, 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.

17.4.1.1 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 Contrato 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 o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado Principal;
- d) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);
- e) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- f) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;
- g) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do Seguro;
- h) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;
- i) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Estipulante, seu representante, ou Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Contrato.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

19.1 nos casos de apólices com custeio tributário, por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, se resultar ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

19.2 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 14.

19.3 se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

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

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);



- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- d) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;
- f) Não fornecimento da documentação solicitada.

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

20.3 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas da alínea a) do subitem 20.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

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

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

I – fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

II – manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III – fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

IV – efetuar o pagamento ou repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

V – repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VI – discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado;

VII – comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quanto esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII – dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX – comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

X – fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e

XI – informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

22. DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de Seguro Contributário, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

22.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

22.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;



- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, IR e CSLL;
- j) Despesas de Marketing;
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais a serem fornecidos aos Segurados; e
- l) Valor total das despesas com Assistências.

22.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorrerem, para as despesas de administração;

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

23.1 O presente Seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, Seguradora e Estipulante.

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

23.1.1.1 Nos casos de apólice com custeio tributário, qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

23.1.1.2 A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

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

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios 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 da Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. 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.

28. CONCEITOS

28.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte 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 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 Osteomusculares 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 27.1, acima.

28.2 Apólice Mestra

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

28.3 Beneficiários

Será o Estipulante até o valor do Saldo Devedor. Para o Capital Remanescente (se houver), serão as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o Capital da hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidéz Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidéz Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário, para pagamento do Capital Remanescente, será o próprio Segurado Principal.

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 Prêmios 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 Prêmio do Seguro pagos, destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

28.7 Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do Proponente do Seguro.

28.8 Condições Contratuais

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

28.9 Condições Gerais

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

28.10 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

28.11 Corretor de Seguros

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

28.12 Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que seja de seu conhecimento e não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

28.13 Estipulante

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

28.14 Evento Coberto

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

28.15 Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

28.16 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.

28.17 Grupo Segurado

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

28.18 Grupo Segurável

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

28.19 Hospital

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

28.20 Indenização

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

28.21 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.

28.22 Internação Eletiva

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

28.23 Médico Assistente

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

28.24 Prêmio do Seguro

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

28.25 Proponente

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

28.26 Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela Seguradora que, preenchido assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do Proponente pertencente ao Grupo Segurável de ser incluído no Seguro. Poderá a Seguradora, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do Seguro.

28.27 Proposta de Seguro

É o documento através do qual a empresa Proponente manifesta a sua vontade em contratar o Seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pelo conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e no Contrato.

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

28.28 Segurados

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

28.29 Seguradora

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

28.30 Sinistro

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

28.31 Tratamento Cirúrgico

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

28.32 Tratamentos Clínicos

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