

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

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.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

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 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. CONCEITO DAS COBERTURAS	3
3. RISCOS EXCLUÍDOS	14
4. CARÊNCIA	15
5. FRANQUIA	15
6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	15
7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	16
8. VIGÊNCIA DO SEGURO	16
9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	16
10. BENEFICIÁRIOS	18
11. CAPITAL SEGURADO	18
12. CERTIFICADO INDIVIDUAL	19
13. CUSTEIO DO SEGURO	19
14. PRÊMIO DO SEGURO	19
15. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO.....	21
16. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO.....	22
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	22
18. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	28
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	28
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	29
21. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE	30
22. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	30
23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	31
24. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	31
25. PRESCRIÇÃO	31
26. FORO	31
27. CONCEITOS	31

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO – TAXA POR FAIXA ETÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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;
- IPDL – Invalidez Permanente por Doença Laborativa;
- 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 uma das básicas obrigatória e as adicionais facultativas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1. Morte

Desde que contratada, garante ao beneficiário 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 de Seguro.**

2.1.2 MA – Morte Acidental

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

2.1.2.1 Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, 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;

b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie.

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 de Seguro.**

2.2.1.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

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

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

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

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

2.2.1.5 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.

2.2.1.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.2. IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual 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 de Seguro.**

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

- 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 Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, 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.

2.2.2.1.4 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.

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

2.2.2.1.6 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 INTELLECTUAL 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	<p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, 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.</p>	20
<p>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</p>	<p>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.</p>	00
	<p>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).</p>	10

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	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 HOVE 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 REFRACTORIEDADE 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 Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data da caracterização da invalidez 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

2.2.3.1 Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, decorrente de acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, 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 de Seguro.**

2.2.3.2. 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.

2.2.3.3. 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.

2.2.3.4. 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.

2.2.3.5. 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.

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

2.2.3.7. Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, 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 RESILIÇÃO,

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, geriátricos e suas consequências;

m) Luxações recidiva de qualquer articulação;

n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

2.2.4. IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa

2.2.4.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença laborativa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

2.2.4.2 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.2.4.3 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

2.2.4.4 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.2.4.5 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.

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

2.2.4.7 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.

2.2.4.8 Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

2.2.4.9 Ocorrendo a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, 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 laborativa devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nessa hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

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

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

2.2.4.12. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com nenhuma das coberturas deste Seguro.

2.2.4.13. Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, as quais não poderão figurar como Segurado nesta circunstância.

2.2.5. RIH – Renda por Internação Hospitalar

2.2.5.1 Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado Individual 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 de Seguro.**

2.2.5.2 Será efetuada a quitação do valor da parcela da obrigação cujo vencimento estiver compreendido no período de internação do segurado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, quanto à franquia, limite máximo de Indenização e período para esta cobertura, podendo o pagamento ser parcelado ou através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado.

2.2.5.3 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias, salvo definição contrária prevista em Condições Particulares da Apólice.

2.2.5.4 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.

2.2.5.5 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.

2.2.5.6 A indenização dessa cobertura fica limitada ao capital segurado para amortização da dívida durante o período da internação, podendo ocorrer de forma intermitente durante a vigência do seguro e de acordo com as demais condições estabelecidas no Contrato de Seguro.

2.2.5.7. Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- 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.

2.2.6. PRD – Perda de Renda por Desemprego

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

2.2.6.2 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora.

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

2.2.6.3.1. 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.

2.2.6.3.2 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.

2.2.6.4. Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 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.
- i) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.

4. CARÊNCIA

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

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.

5. FRANQUIA

5.1 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 de Seguro.

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), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Renda de Internação Hospitalar (RIH), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro.

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

7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

7.1 O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Contrato de Seguro e o final de vigência não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.

7.2 A Seguradora reserva-se o direito de elaborar recálculo atuarial do grupo segurado e apurar o resultado financeiro da apólice. Caso se verifique desvio no recálculo da taxa e/ou no resultado financeiro da apólice que impossibilite a manutenção das condições vigentes, a Seguradora poderá manifestar-se em até 30 (trinta) dias de antecedência da data da revisão atuarial para repactuar o Contrato de Seguro.

7.3 Caso haja alteração ou renovação nas apólices de custeio contributivo 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 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.

7.5 **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. VIGÊNCIA DO SEGURO

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

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

9. 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 de Contratação assinada pelo Estipulante, ou por Corretor de Seguros habilitado.

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

9.4 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato de Seguro:

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

9.4.2 Facultativa: nos seguros Contributários, quando o proponente opta pela adesão ao seguro.

9.5 As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas nas Condições Contratuais.

9.5.1 A inclusão de Proponentes neste Seguro se dará através do preenchimento e assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”.

9.5.2 Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a Proposta de Adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um dos devedores, informando o percentual correspondente ao valor da respectiva participação na obrigação.

9.5.3 Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o percentual do capital segurado indicado na proposta para cada um dos segurados.

9.5.4 O capital segurado de que trata o parágrafo anterior deverá ser informado pelo Estipulante à Seguradora nos arquivos de faturamento mensais, e deverá constar nos Certificados Individuais.

9.5.5 Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.

9.5.6 **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.

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

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

9.6.2 **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.**

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

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

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

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

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

9.8.2 O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, caso o prêmio tenha sido fracionado.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1 O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

10.2 A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

10.2.1 Na falta de indicação expressa de segundo beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 Este seguro está estruturado na modalidade de **Capital Segurado Vinculado**, na qual o Capital Segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste, pelo período determinado no Contrato de Seguro.

Será considerado para indenização o saldo devedor na data do evento do sinistro coberto, que será informado pelo Estipulante à Seguradora, **limitado ao Capital Segurado máximo estabelecido no Contrato do Seguro.**

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

11.3 Será determinado nas condições contratuais do seguro se o valor da parcela(s) inadimplente(s) do prêmio do seguro será descontado da indenização do seguro, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

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

- a) na Cobertura Básica de Morte a data do falecimento;
- b) nas Coberturas de Morte Acidental, Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente;
- c) nas Coberturas de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) a data em que a Invalidez restou 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

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

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

13. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

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

14. PRÊMIO DO SEGURO

14.1 A forma de pagamento do Prêmio do Seguro serão estabelecidas nas Condições Contratuais.

14.2 Por ocasião da renovação do Seguro, o Prêmio será reenquadrado automaticamente sempre que o Segurado mudar de faixa etária, de acordo com o estabelecimento no Contrato de Seguro.

14.2.1 Os intervalos das faixas etárias, incluindo os valores, os percentuais, serão indicados nas Condições Contratuais e disponibilizados aos Proponentes quando da adesão ao Seguro.

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

14.3.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento 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.

14.3.2 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.

14.3.3 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.

14.5.1 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.

14.6 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito.

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

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

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

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, 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 de Seguro 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 de pagamento da 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 do prêmio devido nesta circunstância será acrescido de multa e juros de mora conforme previsto na Proposta de Seguro e Condições Contratuais da apólice.

15.2.3 Caso a 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 poderá ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

15.3 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.3.1 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.

15.3.1.1 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.

15.3.2 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.

15.3.2.1 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 o 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.

16.4 A devolução a que se refere o item 16.3 será realizado pelo mesmo meio, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

17.1 Ocorrendo o sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento 0300 33 86546, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

17.2 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.

17.3 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 17.4.

17.3.1 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 17.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

17.3.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.3 e 17.3.1, a Seguradora pagará juros de mora de 1,0% 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.

17.3.2.1 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.

17.3.3 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.

17.3.4 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.

17.3.4.1 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.

17.4. Documentos para Regulação dos Sinistros

17.4.1 Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

- I) Cópia Simples**
- a) Comprovante do vínculo do Estipulante;
 - b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
 - c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Beneficiário;
 - d) 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.

17.4.2 Para a Cobertura Morte Acidental:

I) Cópia Simples

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

17.4.3 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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

III) Documento Original

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

17.4.4 Para Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a **data da caracterização da Invalidez**.

17.4.5 Para Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

II) Documento Original

- a) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data do diagnóstico, exames e tratamentos realizados, bem como a **data da caracterização da Invalidez**;
- b) Documentos comprovadores da renda do Segurado, quando este estiver mais de uma fonte de renda.

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

I) Cópia Simples

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Documento Original

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

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

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com 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.

17.4.8 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

I) Cópia Simples

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

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.

17.5 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.

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

17.5.1.1 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.

17.5.2 Perícia da Seguradora

17.5.2.1 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.

17.5.2.2 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.

17.5.2.3 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;**
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado;**
- d) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) ou Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);**
- e) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito;**
- f) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;**
- g) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 20 – Perda do Direito à Indenização destas Condições Gerais.**

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

19.1 Nos casos de apólices com custeio contributivo, 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 de Seguro.

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 de Seguro

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 de Seguro;
- 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 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. OBRIGAÇÃO DO ESTIPULANTE

21.1 Constituem obrigações do estipulante:

I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e

X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

21.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

22. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

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

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

22.1.1.1 Nos casos de apólice com custeio contributivo, 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.

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

22.2 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.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 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.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 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.

24.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

24.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br

25. PRESCRIÇÃO

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

26. FORO

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

27. CONCEITOS

27.1 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 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 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 “invalides 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.

27.2 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente.

27.3 Beneficiários

Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

27.4 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

27.5 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

27.6 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

27.7 Certificado Individual

Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

27.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

27.9 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.

27.10 Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a 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.

27.11 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 do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br

27.12 Credor

Aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

27.13 Documentos contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual e o endosso.

27.14 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.

27.15 Endosso

Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

27.16 Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em favor do Segurado, ficando investida de poderes de representação destes perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor, assumindo o papel de credor nas operações do Seguro Prestamista.

27.17 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.

27.18 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.

27.19 Grupo Segurado

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

27.20 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 de Seguro.

27.21 Hospital

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

27.22 Indenização

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

27.23 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

27.24 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.

27.25 Internação Eletiva

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

27.26 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.

27.27 Obrigação

Dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

27.28 Prêmio do Seguro

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

27.29 Proponente

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

27.30 Proposta de Adesão

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

27.31 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro.

27.32 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.

27.33 Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

27.34 Seguradora

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

27.35 Sinistro

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

27.36 Tratamento Cirúrgico

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

27.37 Tratamentos Clínicos

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

27.38 Vigência

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.