

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.

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 0300 33 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	8
4. CARÊNCIA	9
5. FRANQUIA	9
6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	9
7. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....	9
8. ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE	10
9. BENEFICIÁRIOS	10
10. CAPITAIS SEGURADOS	10
11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	11
12. BILHETE DE SEGURO	11
13. PRÊMIO DO SEGURO	11
14. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO.....	12
15. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
16. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO	12
17. CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA	13
18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
19. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	18
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	18
21. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS	19
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	20
23. PRESCRIÇÃO	20
24. FORO	20
25. CONCEITOS	20

SEGURO PRESTAMISTA – REPRESENTANTE – BILHETE DE SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

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

Coberturas Básicas:

- Básica – Morte;
- Morte Acidental;

Coberturas Adicionais:

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

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

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

1.2.3 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICA

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 Bilhete de Seguro.**

2.1.2 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 Bilhete 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 Bilhete de Seguro.**

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

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

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

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

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

2.2.1.5 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por

Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.1.6 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. IFT – Incapacidade Física 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 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro.**

2.2.2.1 Sendo o segurado um profissional liberal, a cobertura apenas será paga mediante comprovação de renda e exercício da atividade.

2.2.2.2 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.

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

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

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

2.2.2.6 A Franquia para esta cobertura será de 15 (quinze) dias a partir da data da ocorrência do sinistro.

2.2.2.7 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 Bilhete de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de

agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;

b) Hospitalização para “check-up”;

c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;

e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;

f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.

j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, 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.

2.2.3. RIH – Renda por Internação Hospitalar

Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento de uma indenização, limitada ao valor 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.3.1 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.

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

2.2.3.3 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.

2.2.3.4 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.

2.2.3.5 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 Bilhete de Seguro.

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

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto se decorrente de tentativa de suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Bilhete de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo que ocasione danos a mais de três pessoas que residam na mesma cidade que o segurado ou, em cidade em que o segurado esteja de passagem;
- i) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- j) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- k) Anomalias 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.

2.2.4. 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.4.1 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete, observados o limite máximo de indenização e franquia estabelecidos pela Seguradora.

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

2.2.4.2.1 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.

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

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

2.2.4.4. 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.

2.2.4.5 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 Bilhete 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) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Bilhete de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

- f) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro.
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) sinistros decorrentes de doenças preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado.
- i) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.

4. CARÊNCIA

4.1 As coberturas adicionais de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (IFT), e Perda de Renda por Desemprego (PRD) estão sujeitas ao período de carência de 30 (trinta) dias.

4.2 Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência do Seguro para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), exclusivamente se decorrer de doença.

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

6.1 O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas que seguem relacionadas: Básica (Morte), Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

6.2 Para as coberturas de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (IFT), 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.

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

7. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

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

8. ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE

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

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 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.

9.2 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.

9.2.1 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

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1 O capital segurado poderá ser fixo, variável ou vinculado de acordo com a obrigação que o seguro está atrelado e será definido no Bilhete de Seguro.

10.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos no Bilhete de Seguro para cada cobertura vigentes na data do evento coberto.

10.3 O Capital Segurado será pago de uma única vez ao Segurado ou aos seus beneficiários, nas coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente.

10.4 As coberturas de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, Renda por Internação Hospitalar e Perda de Renda por Desemprego estão sujeitas às seguintes formas de pagamento:

10.4.1 Parcelado: Será determinado no Bilhete de Seguros a quantidade máxima de parcelas que compõem o plano. O Segurado deverá comprovar, através de laudo médico, mês a mês, seu estado de Incapacidade para que tenha direito à indenização.

10.4.2 Parcela Única: O Capital Segurado será indenizado de uma única vez ao Segurado, desde que comprovado por laudo médico o estado de Incapacidade.

10.5 No caso de haver parcela(s) inadimplente(s) do prêmio do seguro, o valor será descontado(s) da indenização, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

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

11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

11.1 Para os Seguros com vigência superior a um ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada nos dois meses anteriores aniversário do Seguro.

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

12. BILHETE DE SEGURO

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

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

13. PRÊMIO DO SEGURO

13.1 O pagamento do prêmio poderá ser realizado em parcela única ou fracionada, de acordo com o que for estabelecido no Bilhete de Seguro.

13.2 Qualquer indenização apenas será devida após 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.

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

13.4 Sendo pagos os prêmios individuais do Seguro e recebidos pelo Representante de Seguro, a Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento do Contrato, ainda que estes não lhes tenham sido repassados, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da Representante de Seguros.

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

13.6 Haverá devolução proporcional do Prêmio do Seguro nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

13.7 No caso de pedido de cancelamento 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 do Seguro recebido, além dos emolumentos, correspondente à parte proporcional ao tempo decorrido.

14. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

14.1 A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio do Seguro estabelecido no Bilhete de Seguro, acarretará, imediata e automaticamente, a perda pelo segurado e seus beneficiários do direito ao capital segurado ou indenização, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente.

14.2 O Seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento definitivo mediante o pagamento da parcela do Prêmio do Seguro subsequente ao atraso, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas a contar da data de pagamento do referido prêmio.**

15. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 O Segurado em atraso com o pagamento do Prêmio do Seguro será notificado pela Empresa Credora sobre sua mora e cientificado de que o não pagamento de três parcelas consecutivas acarretará o cancelamento automático, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

15.2 A reabilitação prevista na cláusula 13.2, somente será admitida uma única vez. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do Seguro, o Seguro estará automaticamente cancelado.

15.3 Sendo constatado o atraso de 3 (três) parcelas consecutivas, o Seguro será automaticamente cancelado, não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.

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 Bilhete de Seguro, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

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

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 realizada 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. CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA

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

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

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

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

18.1 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 carta, e-mail ou qualquer outro canal de comunicação oficial disponível no momento.

18.2 Em seguida deverá ser encaminhada a documentação relacionada adiante, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pela Representante de Seguros e Beneficiários. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela Seguradora

18.3 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 18.4.

18.3.1 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 18.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da

documentação complementar.

18.3.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 18.3 e 18.3.1, a Seguradora pagará multa de 2,0% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

18.3.2.1 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.

18.3.3 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.

18.3.4 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.

18.3.4.1 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.

18.4. Documentos para Regulação dos Sinistros

18.4.1 Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito se houver;

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento;
- c) Certidão de Casamento atualizada com averbação de Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

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

18.4.2. Para a Cobertura Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- 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.

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) 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 no 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.

18.4.3. Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- 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 o 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.

18.4.4 Para Cobertura de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.
- c) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Documento Original

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

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

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

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

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

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com a Empresa Credora;
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 o 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 o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

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

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

18.4.6 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego

I) Cópia Simples

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

II) Cópia Autenticada

- a) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
- b) Termo de Rescisão Contratual.

III) Documento Original

- a) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão.

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

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

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

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

18.5 Junta Médica

18.5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.5.2 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.

18.5.3 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.

18.6. Perícia da Seguradora

18.6.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos para definição da graduação e causa da invalidez informada pelo segurado a fim de fundamentar o pagamento da cobertura securitária nos termos do contrato firmado.

18.6.2 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.

18.6.3 Comprovado algum tipo de fraude, o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao Capital Segurado ou Indenização e a Seguradora cancelará o respectivo Bilhete de Seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

19. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;
- b) Com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- c) Por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- d) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 19 – Perda do Direito à Indenização destas Condições Gerais.
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do Prêmio do Seguro;
- f) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Empresa Credora, ou Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Bilhete de Seguro.

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 Bilhete de Seguro;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

20.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas da alínea a) do subitem 19.1 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.

21. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS

21.1 Além da promoção, oferta ou distribuição de produtos de seguros, as obrigações dos representantes de Seguros podem abranger:

I - Aconselhamento sobre produtos de seguros ofertados;

II - Recepção de propostas de seguro, emissão de bilhetes de seguros;

VI - Recolhimento de prêmios de seguro;

V - Coleta e fornecimento à TOKIO MARINE de dados cadastrais e de documentação de proponentes, segurados, beneficiários, corretores de seguros e seus prepostos;

X - Orientação e assistência aos segurados e seus beneficiários, no que compete aos contratos de seguros;

XI - Apoio logístico e operacional à TOKIO MARINE na gestão e execução de contratos de seguros;
e

III - Recepção e tratamento de questões operacionais relacionadas ao contrato de seguro, tais como renovação, alteração, repactuação e cancelamento;

VII - Recebimento de avisos de sinistros;

VIII Outras atividades que não sejam privativas da TOKIO MARINE, desde que claramente especificadas, inclusive serviços de controle e processamento de dados das operações pactuadas em nome da TOKIO MARINE

21.2 É vedado ao Representante de Seguros:

- I - Cobrar dos proponentes, segurados, ou beneficiários valores relativos ao produto de seguro, além daqueles determinados pela TOKIO MARINE por sua atuação como representante de seguros;
- II - Efetuar publicidade e promoção de produto de seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE ou sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente; e
- III - Vincular compulsoriamente a contratação de seguro à aquisição de qualquer outro produto ou serviço por ele fornecido.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 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.

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

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

23. PRESCRIÇÃO

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

24. FORO

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

25. CONCEITOS

25.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecido, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 26.1, acima.

25.2 Beneficiários

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

25.3 Bilhete de Seguro

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

25.4 Capital Segurado

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

25.5 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.

25.6 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

25.7 Condições contratuais

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

25.8 Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante do Bilhete do Seguro.

25.9 Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pela Representante de Seguros legalmente habilitado para angariar e promover Contratos de Seguros. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

25.10 Contrato de Representação

É o instrumento jurídico firmado entre a Seguradora e o Representante, que estabelece os direitos e obrigações do Representante, Seguradora, Segurados e dos Beneficiários.

25.11 Credor

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

25.12 Documentos contratuais

É o endosso e o bilhete de seguro.

25.13 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.

25.14 Endosso

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

25.15 Evento Coberto

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

25.16 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.

25.17 Hospital

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

25.18 Indenização

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

25.19 Início de vigência

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

25.20 Internação Hospitalar

É o período em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.

25.21 Internação Eletiva

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

25.22 Médico Assistente

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

25.23 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.

25.24 Prêmio do Seguro

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

25.25 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os Prêmios decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

25.26 Representante de Seguro

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

25.27 Segurados

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

25.28 Seguradora

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

25.29 Sinistro

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

25.30 Tratamento Cirúrgico

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

25.31 Tratamentos Clínicos

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

25.32 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.