

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

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

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

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

Canais de Atendimento Tokio Marine:

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

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0300 33 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria

Tokio Marine Seguradora

SEGURO MULHER

CONDIÇÕES GERAIS

Índice

1	OBJETIVO DO SEGURO	3
2	COBERTURAS	3
4	CARÊNCIA	7
5	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	8
6.	VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	8
7.	VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL.....	8
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	9
9.	BENEFICIÁRIOS.....	10
10.	CAPITAIS SEGURADOS	11
11.	CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	11
12.	CUSTEIO DO SEGURO.....	11
13.	PRÊMIO	11
14.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	13
15	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
16	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	16
17	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	17
18	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
19.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
20	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	19
21	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	19
22	DISPOSIÇÕES GERAIS	19
23	PRESCRIÇÃO	20
24	DO FORO	20
25	CONCEITOS	20

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicional e serão contratadas conjuntamente:

1.2.1 Cobertura Básica

- Básica - Morte

1.2.2 Cobertura Adicional

- DG – Doenças Graves

2 COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. CB – Cobertura Básica - Morte

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

2.2. ADICIONAL

2.2.1. DG – Doenças Graves

2.2.1.1. Garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 60 anos.**

2.2.1.2. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que o seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos

na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

2.2.1.2.1. DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

2.2.1.2.1.1. Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

2.2.1.2.1.2. Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metastases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Além da cobertura acima descrita, estarão cobertos os segurados do sexo feminino portadores de Câncer de Mama ou Colo de Útero, desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.1.2.2. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

2.2.1.2.2.1. Definição:

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias cardíacas e doenças do coração.

2.2.1.2.2.2. Risco Coberto:

Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes dos seguintes riscos:

a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;

b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;

c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.

2.2.1.2.3. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

2.2.1.2.3.1. Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

2.2.1.2.3.2. Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de seqüelas de AVC avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

2.2.1.2.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

2.2.1.2.4.1. Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

2.2.1.2.4.2 Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

2.2.1.2.5. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)

2.2.1.2.5.1. Definição:

A SIDA (AIDS) é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

2.2.1.2.5.2. Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado portador do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm³
- Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm³ .
- Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8

- Carga Viral- acima de 50.000

2.2.1.3. Para as doenças descritas nos itens **2.2.1.2.1; 2.2.1.2.2; 2.2.1.2.4 e 2.2.1.2.5**, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

2.2.1.4. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.2.1.5. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato do seguro.

2.3. Este seguro abrange a contratação conjunta de todas as coberturas estabelecidas por estas Condições Gerais.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Válido para todas as coberturas:

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, *ato terrorista* e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de 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 um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- 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 de prêmios;
- h) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- i) envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

3.2 Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG):

a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):

- As displasias e lesões pré-cancerígenas.
- Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "*in situ*" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

b) para Doenças Cardiológicas:

- Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta Cobertura:

a) infartos do miocárdio pré-existentes a contratação do seguro e demonstrados através do ECG

b) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;

c) as doenças do coração não diagnosticada como risco coberto no item 2.2.1.2.2.2

c) para Acidente Vascular Cerebral:

- Ataques isquêmicos transitórios (AIT).

4 CARÊNCIA

4.1. A cobertura básica e a adicional Doenças Graves (DG) estão sujeitas ao período de carência definido no Contrato.

4.2. Haverá carência de 2 (dois) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Doenças Graves (DG).

4.3. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

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

5 ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

O presente seguro cobre os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1. Início de Vigência

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

6.2. Fim de vigência

O fim de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

6.3. Renovação da Apólice Mestra

A apólice mestra poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

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

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

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

7. VIGÊNCIA DO SEGURO INDIVIDUAL

7.1. Início de Vigência

O seguro de cada segurado terá vigência anual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Certificado de Seguro.

7.1.1. 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.

7.2. Fim de vigência

A data de fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao seu aniversário anual.

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

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

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8.3 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas com idade entre 18 (dezoito) e 50 (cinquenta) anos, possuidoras do Cartão Private Label ou bandeirado vinculado ao Estipulante, seja como portador ou titular e os Parentes Diretos do titular, por ele indicado na Proposta de Adesão ao seguro, que se encontram em plena atividade profissional, perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão ao seguro e que atendam às condições de aceitação estabelecidas nestas Condições Gerais.

8.4 Este seguro abrange somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro.

8.5 A inclusão será mediante Proposta de Adesão preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente ou responsável legal, junto à autorização do Titular do Cartão private label ou bandeirado vinculado ao Estipulante para débito do Prêmio Individual desde que entregue nas lojas do Estipulante, que será o responsável pelo o envio à Seguradora.

8.5.1 Na proposta constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8.6 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.

8.6.1 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.

8.6.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.6.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 8.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

8.7 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, deduzindo do 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 índice estabelecido no item 14.2 destas Condições Gerais, conforme legislação vigente.

8.7.1 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.

8.8 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.

8.8.1 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.

8.8.1.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

8.8.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. Indicação

9.1.1. O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

9.2. Alteração de Beneficiários

9.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

9.2.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

9.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

9.4. No caso da cobertura de Doenças Graves (DG), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

10. **CAPITAIS SEGURADOS**

Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato e especificados no Certificado de Seguro.

10.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

- a) na Cobertura Básica, a data do falecimento;e,
- d) na Cobertura de Doenças Graves (DG), a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

11. **CERTIFICADO INDIVIDUAL**

No início de cada vigência e a cada renovação subsequente 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.

12 . **CUSTEIO DO SEGURO**

O custeio do seguro é totalmente contributivo, ou seja, os Segurados pagam pelo seguro o respectivo Prêmio Individual na sua totalidade.

13. **PRÊMIO**

13.1. A forma de pagamento do prêmio é mensal, e seu valor será estipulado no Contrato.

13.2. Por ocasião da renovação do seguro, o Prêmio individual será reenquadrado automaticamente sempre que o segurado mudar de faixa etária, de acordo com o estabelecido no Contrato.

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

13.3.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio 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.

13.3.2 A data-limite para pagamento do prêmio 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.

13.4. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, 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.

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

13.6. 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.

13.7. 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

13.8. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

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

13.10 **ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE**

13.10.1 A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio total mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio total 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.

13.10.1.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 0,116667 ao dia, a título de juros de mora.

13.11 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO TOTAL PELO ESTIPULANTE

O não pagamento na data de vencimento da parcela do prêmio total subsequente ao atraso descrito no item 13.10. acarretará no cancelamento automático do seguro.

13.12 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

13.12.1 Caso o segurado não efetue o pagamento do prêmio mensal do seguro individual em seu vencimento, o Estipulante financiará o pagamento da parcela do seguro em atraso, conforme anuência prévia e expressa do segurado, desde que não haja vencimentos anteriores em aberto, garantindo assim as coberturas do seguro.

13.12.2 Se o segurado não efetuar o pagamento do prêmio mensal do seguro, subsequente a parcela financiada pelo Estipulante, ainda sim será concedido um prazo de tolerância de 50 (cinquenta) dias, a partir do vencimento, mantendo os segurados ou seus beneficiários o direito ao recebimento de qualquer indenização decorrente de sinistro coberto ocorrido durante o período de tolerância.

13.13 O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO INDIVIDUAL PELO SEGURADO

13.13.1. O não pagamento da parcela de prêmio individual dentro do prazo de tolerância do item 13.12. acima, acarretará no cancelamento automático do seguro.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IGPM/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

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

15 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta, e-mail ou qualquer meio disponível no momento.

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

15.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação constantes no item **14.3** destas condições.

15.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 14.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.”

15.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens **15.2** e **15.2.1**, a Seguradora pagará multa de 2% 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.

15.2.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

15.2.3 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha praticar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.3 Documentação para regulação de Sinistros

15.3.1 Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

15.3.2 Para a cobertura de Morte – Básica:



I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que ocorreu o evento;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do 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, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

15.3.3 Para a cobertura de Doenças Graves:

I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- c) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares.

II) Documento Original

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

15.4. Junta Médica

15.4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, 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.

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

15.4.1.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

15.4.2. Perícia da Seguradora

15.4.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

15.4.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

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

16 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

16.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado;**
- b) com a morte do Segurado;**
- c) com o recebimento do capital segurado relativo à cobertura de Doenças Graves (DG);**
- d) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;**
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;**
- g) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;**
- h) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou estipulante, seu representante ou seu corretor de seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.**



17 CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

- 17.1. por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- 17.2. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 13.**
- 17.3. se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.**
- 17.4. 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.**

18 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) inexactidão 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 conseqüências.**
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- f) não fornecimento da documentação solicitada.**

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

18.1.2. Se a inexactidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 18.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

- I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;
- VII - comunicar, de imediato, à seguradora, 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;
- X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

20 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

- 20.1.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.
 - 20.1.1.** Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora .
 - 20.2.** Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas dos seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
 - 20.2.1** A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.
- 203.** 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.

21 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

22 DISPOSIÇÕES GERAIS

- 22.1.** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.
- 22.2.** O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

23 PRESCRIÇÃO

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

24 DO FORO

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

25 CONCEITOS

25.1. Apólice Mestra

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

25.2. Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso da cobertura de Doenças Graves (DG), o Beneficiário será o próprio Segurado.

25.3. Capital Segurado

Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

25.4. Carência

É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às Coberturas Contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as Coberturas ou algumas delas.

25.5. Carregamento

É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

25.6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado, que confirma a aceitação do proponente no Seguro.

25.7. Condições Contratuais

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

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 da Proposta de Contratação e da Apólice Mestra.

25.9. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

25.10. Corretor de Seguros

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

25.11. Doença Pré-Existente

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

25.12. Estipulante

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

25.13. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e 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.

25.14. Grupo Segurado

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

25.15. 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.

25.16. Indenização

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

25.17. Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado,

parentes consangüíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

25.18. Parente Direto

Para fins deste seguro entende-se como Parente Direto o cônjuge, filhos, pais, irmãos, enteados, considerados dependentes do Titular do Cartão da oferta do seguro, de acordo com a regulamentação do Imposto de Renda.

25.19. Prêmio

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

25.20. Proponente

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

25.21. Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela SEGURADORA que, preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no seguro. Poderá a SEGURADORA, caso previsto no Contrato, dispensar a Proposta de Adesão, substituindo-a por relação de adesões, elaborada e fornecida pelo Estipulante do seguro.

25.22. Proposta de Contratação

É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver no Contrato.

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

25.23. Regime Financeiro de Repartição Simples

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

25.24. Segurados

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

25.25. Seguradora

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

25.26. Sinistro

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