

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

SUMARIO

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

SEGURO DE EVENTOS ALEATÓRIOS COLETIVO TOKIO MARINE SEGURADORA S.A

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

1.1. Coberturas Básicas

- RIHA – Renda de Internação Hospitalar por Acidente
- RIHAD – Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença

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

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

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

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICAS

2.1.1. RIHA – Renda de Internação Hospitalar por Acidente

Desde que contratada garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, **no caso de sua internação hospitalar decorrente única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial, desde que as internações não sejam eletivas, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

2.1.1.1 O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

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

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

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

Desde que contratada garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso de sua internação hospitalar decorrente **de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, entendendo-se como todas as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

2.1.2.1. O valor de cada Diária, a quantidade e a forma de pagamento serão estabelecidos no Contrato.

2.1.2.2. A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Todas as coberturas

Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**



- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) 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;
- h) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- i) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos custos do seguro.
- j) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente.
- k) 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.
- l) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.

3.1.1. Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Renda de Internação Hospitalar por Acidente (RIHA) e Renda de Internação Hospitalar por Doença (RIHAD) os eventos e internações decorrentes de:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporária ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências, exceto em caso de acidente;
- 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 e;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;



- i) **Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica 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) **Díálises, hemodíálises;**
- m) **Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico;**
- n) **Tratamentos clínicos ou cirurgias não éticas.**

4. CARÊNCIA

4.1. A carência será definida no contrato. Na inexistência de carência no contrato, será adotada a carência de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de início de vigência individual para a Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar (RIHAD), exclusivamente se decorrente de doença.

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

5. FRANQUIA

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

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

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

7. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

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

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

7.3 Caso haja, na renovação, 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.

8. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

8.1 O início e término de vigência de cada segurado será definido no Contrato.

8.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

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

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

8.4.1 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.

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

9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

9.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou pelo corretor de seguros habilitado.

9.3 Será estabelecida no Contrato a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

9.4 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

9.5 Havendo expressa convenção no Contrato, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

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

9.6.1 Automática: nos seguros não contributários (subitem 15.1.1), quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

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

9.7 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

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

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

9.8.1 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.

8.8.2 Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 8.8.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

8.9 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 Estipulante e/ou Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no subitem 16.1 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

8.9.1 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.

8.10 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.

8.10.1 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.

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

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

10. INCLUSÃO DE CÔNJUGES

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

10.2 Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

10.2.1 O capital segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

10.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

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

10.4 A inclusão de cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais, independentemente de solicitação.

10.5 A inclusão facultativa de cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado Principal e aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.

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

10.7 Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

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

10.9 No caso previsto no subitem anterior (10.8) e na modalidade de cônjuge facultativo, os prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

10.10 Não poderá, seja de forma automática, seja facultativamente, ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

11. DA INCLUSÃO DE FILHOS

11.1 O Contrato deste seguro poderá prever e regular a inclusão, automática ou facultativa, dos filhos do Segurado Principal que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

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

11.1.1 São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

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



- II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

11.2 Contratada a inclusão automática de filho, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

11.2.1 O capital segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal.

11.3 Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

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

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

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. O Beneficiário para recebimento do Capital Segurado da cobertura de RIHA - Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou da RIHAD - Renda de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença será sempre o próprio Segurado.

12.2 Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso sinistro coberto do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o próprio Segurado Dependente.

13. CAPITAIS SEGURADOS

13.1 Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

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

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

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

14. CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

- a) Data do início e término do seguro individual **do segurado principal e seus dependentes**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

15. CUSTEIO DO SEGURO

15.1 Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

15.1.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do segurado.

15.1.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

16. PRÊMIO

16.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estipulado no Contrato.

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

16.2.1 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.

16.2.2 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.

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

16.4 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.

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

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

16.7 Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do segurado principal.

16.8 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.

16.9 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.

17. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1 A data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

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

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

17.1.3 A Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

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

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

17.1.5 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice.

17.1.6 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 17.1.4, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

17.1.7 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.



18. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

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

18.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

18.1 O Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

18.1.1 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

19.1 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 fax, telegrama, telex, carta ou qualquer meio disponível no momento.

19.2 Em seguida, deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**. 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.

19.3 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 19.4 destas condições.

19.3.1 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 19.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.”



19.3.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 19.2 e 19.2.1, 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.

19.3.2.1 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.

19.4 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.

19.4.1 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.

19.5 Documentos para Regulação dos Sinistros

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.

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

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Prontuário Médico completo;
- e) Exames complementares comprovando o diagnóstico.



II) Documento Original

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

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

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 Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

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

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.

19.6 Junta Médica

19.6.1 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.

19.6.1.1 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.

17.6.1.2 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.

19.7 Perícia da Seguradora

19.7.1 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.

19.7.2 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.

19.7.3 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.

20 CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;**
- b) com a morte do Segurado Principal;**
- c) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**



- d) 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;
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestre;
- g) 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

18.2 Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

21 CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1 A Apólice Mestre será cancelada:

21.1.1 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;

21.1.2 pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 15.

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

21.1.4 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.

22 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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



- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

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

22.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 20.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

23 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

- I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela TOKIO MARINE, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a TOKIO MARINE 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 - nos seguros em que o segurado contribua com o pagamento do prêmio, discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, com informação explícita de que a TOKIO MARINE é a Seguradora e de que o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento do Seguro e, caso haja contratação de seguros distintos com a TOKIO MARINE pela mesma ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE, deverão estar discriminados separadamente
- V - efetuar o pagamento ou repassar os prêmios à TOKIO MARINE, nos prazos estabelecidos contratualmente. O não repasse dos prêmios nos seguros contributários nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, e sujeita o ESTIPULANTE ou o SUBESTIPULANTE às cominações legais.
- VI – repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- VII - discriminar o nome da TOKIO MARINE, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado, ressalvando que em caso de utilização de marca, será necessária prévia aprovação e autorização da TOKIO MARINE;
- VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, tão logo tome conhecimento, 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 estabelecido; e,
- XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE, 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.
- XIII – quando avençado com a TOKIO MARINE, enviar os certificados do seguro à cada segurado no momento da contratação e a cada renovação do seguro;
- XIV – Cumprir todas as cláusulas das Condições Contratuais do Seguro, e especialmente a Resolução CNSP nº 107 de 2004 ou outra que venha a substituir.

23.2 É expressamente vedado ao ESTIPULANTE:

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

II - rescindir o Contrato de Seguro sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro contratado; e

IV – Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

24 ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

24.1 O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

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

24.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

24.2.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

24.3 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.

25 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

26 DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1 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.

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

26.3 As Condições Contratuais / Regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processos constante da Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.



27 PRESCRIÇÃO

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

28 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.

29 CONCEITOS

29.1 Acidente Pessoal

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

Incluem-se nesse conceito:

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

Excluem-se desse conceito:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 27.1, acima.

29.2 Apólice

É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante.

29.3 Beneficiários

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

29.4 Capital Segurado

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

29.5 Carência

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

29.6 Carregamento

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

29.7 Certificado Individual

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

29.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

29.9 Condições Gerais

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

29.10 Contrato

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

29.11 Corretor de Seguros

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

29.12 Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo segurado e estipulada na Proposta de Adesão, independentemente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

29.13 Documentos contratuais

É a apólice, o certificado individual e o endosso.

29.14 Doença Pré-Existente

São as doenças ou lesões, conhecidas previamente pelo Segurado e não declaradas na contratação, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de Saúde.

29.15 Endosso

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

29.16 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.

29.17 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 Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

29.18 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

29.19 Hospital

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

29.20 Grupo Segurado

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

29.21 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.

29.22 Indenização

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

29.23 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.

29.24 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 365 (trezentos e sessenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

29.25 Internação Eletiva

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

29.26 Médico Assistente

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

29.27 Perícia Médica

É a avaliação feita por um médico da Seguradora à qual o Segurado é submetido para comprovação do sinistro.

29.28 Prêmio do Seguro

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

29.29 Profissão Ou Ocupação

É a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência, mediante remuneração.

29.30 Proponente

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

29.31 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.

29.32 Proposta de Contratação

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

29.33 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.

29.34 Riscos Excluídos

São hipóteses de situações, previstas nas Condições Gerais do Seguro, que não são cobertos pelo seguro.

29.35 Responsáveis Legais

Genitores ou responsáveis legais com poder jurídico comprovado de representação da criança recém nascida.

29.36 Segurados

São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

29.37 Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

29.38 Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

29.38.1 São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

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

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;

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

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

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

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

29.39 Seguradora

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

29.40 Sinistro

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

29.41 Tratamento Cirúrgico

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

29.42 Tratamentos Clínicos

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

29.43 Vigência da Cobertura Individual

É o período durante o qual os segurados, terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas Condições Contratuais do Seguro.

29.44 Seguro Contributário

Quando o prêmio do seguro é pago total ou parcialmente pelo segurado.

29.45 Seguro Não Contributário

Quando o prêmio do seguro é pago totalmente pelo Estipulante.

29.46 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.