

Unimed Acidentes Pessoais Premiável

ATENÇÃO

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação não configura aceitação pela Seguradora.

Leia atentamente as condições antes de assinar a Proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO UNIMED ACIDENTES PESSOAIS PREMIÁVEL

Contratação Coletiva

Reg. SUSEP nº 15414.002583/2008-84

Garantia Básica: Morte Acidental

Garantias Adicionais Opcionais:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)

Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH)

Diária por Internação em UTI (DUTI)

Cláusulas Suplementares:

Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge

Inclusão Facultativa ou Automática de Filho

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Gerais, das Condições Especiais, das Cláusulas Suplementares e do contrato, se houver.**

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo,

súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) 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 conseqüentes 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- **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 neste item;

Agravação ou Agravamento do Risco é uma circunstância que, após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado;

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro e é entregue ao Estipulante;

Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso da garantia de invalidez permanente por acidente, do Segurado Principal, o beneficiário será o próprio Segurado Principal, observado o disposto no item 6, da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e no item de mesmo número da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada garantia deste seguro.

Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

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;

Carregamento é o percentual incidente sobre os prêmios pagos, destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro;

Certificado Individual do Segurado é o documento emitido pela Seguradora que confirma a aceitação do interessado no Seguro subscrito. O certificado Individual é de emissão e envio obrigatórios, pela Seguradora, no início do contrato e nas suas renovações subseqüentes, devendo conter as seguintes informações:

a) data do início e término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s);

b) capital segurado de cada cobertura, relativa ao Segurado Principal e ao(s) Segurado(s) Dependente(s);

c) valor total do prêmio;

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, e quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual;

Condições Especiais é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

Condições Gerais é o instrumento jurídico, composto por um conjunto de cláusulas ou itens, que rege um mesmo plano de seguro e disciplina os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e do(s) Beneficiário(s), bem como as características gerais do Seguro. As Condições Gerais serão previamente disponibilizadas ao proponente para que delas tenha conhecimento antes de manifestar sua intenção de aderir ao seguro;

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;

Doenças, Lesões e Seqüelas Preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que sejam de seu conhecimento, não declaradas na Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas;

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Contratuais do Seguro;

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais;

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 incluídos no seguro, desde que atendam aos demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver;

Indenização é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado;

Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas Condições Contratuais;

Nota Técnica Atuarial é documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais e as Especiais;

Preexistência: vide Doenças, Lesões e Seqüelas Preexistentes, deste item;

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente;

Proponente Individual é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora;

Proposta de Adesão é o documento com declaração dos elementos essenciais ao interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação

coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

Proposta de Contratação é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas) manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais;

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;

Riscos Excluídos são aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo Plano;

Segurado Principal é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo preenchimento da Proposta de Adesão e pelo cumprimento das condições contratuais, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes relativas aos seus direitos e obrigações;

Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro, observado o disposto no item 1.3, respectivamente da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

Seguradora é a UNIMED SEGURADORA S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice de Seguro, mediante recebimento dos respectivos prêmios;

Sinistro é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor.

3. CONCEITO

3.1. Acidente Pessoal - aplica-se a este seguro o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2, destas Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar exposto em decorrência de acidente coberto;
- b) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- c) seqüestros e tentativas de seqüestro;
- d) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- e) choque elétrico e raio;
- f) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g) escapamento acidental de gases e vapores;
- h) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- i) infecções e estados septicêmicos, quando resultante **exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
- j) queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em conseqüência de:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) **danos físicos conseqüentes 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, atos de terrorismo, ou outras perturbações de ordem pública ou delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de**

conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;

- d) **suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, conforme legislação em vigor;**
 d.1. *Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva, caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;*
- e) **prática por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante legal de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- f) **agravação intencional do risco, por parte do Segurado.**

5.2. Além das exclusões previstas no item 5.1, estão também **EXCLUÍDOS**, das coberturas deste seguro, os eventos conseqüentes de:

- a) **qualquer tipo de hérnia, mesmo de origem traumática e suas conseqüências;**
- b) **parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidentes;**
- c) **perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;**
- d) **envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- e) **quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;**
- f) **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;**
- g) **intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

- h) choque anafilático e suas conseqüências, salvo quando decorrente de tratamento médico em virtude de acidente pessoal coberto;**
- i) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2 destas Condições Gerais;**
- j) acidentes ocorridos em conseqüência:**
- a) de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- b) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se o evento for decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esportes, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) de acidente ocorrido quando o Segurado não legalmente habilitado estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo.**

6. GARANTIAS

6.1. As Garantias deste seguro dividem-se em básica, opcionais e suplementares:

6.1.1. Garantia Básica: Morte Acidental - garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do respectivo Capital Segurado em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável.**

6.1.2. Garantias Adicionais Opcionais:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

- Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM);
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
- Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH), e
- Diária por Internação em UTI (DUTI).

6.1.3. Suplementares:

- Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge;
- Inclusão Facultativa ou Automática de Filho.

6.1.4. Premiação, através de Título de Capitalização, conforme condições apartadas, entregues ao Segurado, por ocasião da contratação da Garantia Básica, denominadas “Condições de Premiação Vinculada ao Seguro de Acidentes Pessoais Premiável”.

6.2. A indenização por morte de Segurado Dependente, quando houver, é devida ao Segurado Principal, conforme disposto na respectiva Cláusula Suplementar de Inclusão.

6.3. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Garantia Básica, as Garantias Adicionais Opcionais e Suplementares, previstas no item 6.1.2 e 6.1.3, destas Condições Gerais.

6.3.1. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais garantias pretende contratar, sendo a Básica obrigatória e as demais facultativas.

6.3.2. As garantias contratadas estarão expressas na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e serão reguladas pelas respectivas Condições Gerais, Condições Especiais e no contrato, se houver.

7. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações por morte e por invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do Segurado em conseqüência do mesmo acidente, a **Seguradora pagará a indenização devida para morte, deduzida a importância já paga por invalidez,** não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para morte.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1. Este seguro abrange os acidentes decorrentes de eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. Aceitação da Proposta de Contratação

9.1.1. A Seguradora terá um **prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contado da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.1.1.1. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

9.1.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o **prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.** A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 9.1.1.

9.1.3. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta de Contratação será considerada automaticamente aceita.

9.1.4. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente por escrito, ao Estipulante, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

9.1.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora **não implica na aceitação da Proposta de Contratação, devendo-se observar o disposto no item 9.1.1, destas Condições Gerais.**

9.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados

9.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal de saúde e atividade, para análise e aceitação do risco individual, pela Seguradora.

9.2.1.1. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

9.2.2. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início de

vigência da cobertura individual, se encontrarem em:

- **boas condições de saúde, e**
- **condições de exercer atividade laborativa.**

9.2.3. A inclusão de componentes dependentes far-se-á das seguintes formas:

a) automática - quando o Seguro abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais, bem como os filhos e equiparados, considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar;

b) facultativa - quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger o seu cônjuge, conforme disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

9.2.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge/companheira(o) e de seus filhos, ao solicitar suas inclusões no seguro.

9.2.5. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, **os filhos serão incluídos uma única vez**, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta garantia.

9.2.6. Os aposentados poderão participar do seguro, **exceto da Garantia Adicional de Indenização de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante.**

9.2.7. Os Segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da Apólice poderão continuar no seguro, **exceto na Garantia Adicional de indenização de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT, desde que os prêmios continuem sendo pagos integralmente e haja concordância do Estipulante.**

9.2.8. Os afastados poderão ser incluídos quando retornarem à atividade profissional, **observado o disposto no item 9.2.2.**

9.2.9. A Seguradora terá **prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contado da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no Seguro.

9.2.10. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, **o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações**

adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 9.2.9 acima.

9.2.11. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada automaticamente aceita.

9.2.12. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito ao Proponente, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

9.2.13. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item 9.2.9, destas Condições Gerais.

9.2.14. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, independentemente do valor contratado, o Capital Segurado se limita, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;
- b) **Não estão cobertas** as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

9.2.15. Aceita a Proposta de adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do certificado individual ao Segurado Principal, no início de vigência do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes.

9.3. A inobservância a qualquer das condições previstas neste item acarretará ao participante do Grupo Segurado a perda da condição de Segurado.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. Vigência e Renovação da Apólice

10.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (hum) ano, quando outro prazo não for estabelecido no contrato.

10.1.2. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ao término de vigência, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais ou nas Especiais.**

10.1.2.1. A renovação expressa só pode ser realizada, pelo Estipulante, se não houver alteração que implique em ônus ou dever aos Segurados, ou na redução dos seus direitos, ou, nestes casos, se houver anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) dos componentes do Grupo Segurado.

10.1.2.2. A renovação automática prevista no item 10.1.2 e seguinte só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou da Seguradora.

10.1.2.3. Nas renovações posteriores, com manifestação expressa dos Segurados, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante e aos Segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias, antes do final de vigência do seguro.

10.1.3. O início e o término de vigência da Apólice, dos Endossos e dos Certificados se darão às 24 horas da data neles expressa para tal fim.

10.1.4. Quando a Proposta de Contratação for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da data de recepção da proposta, pela Seguradora.

10.1.5. Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos, a partir do pagamento do prêmio, no mês subseqüente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante.

10.1.6. 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.

10.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

10.2.1. Os Seguros individuais vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições, especialmente as

hipóteses de cancelamento do seguro individual, previstas nos itens 20 e 21, destas Condições Gerais.

10.2.2. A vigência do seguro, **desde que aceita a Proposta de Adesão**, terá início:

- na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial, observado o disposto no item 10.1.4;
- no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;
- em outra data, se definida no contrato.

10.2.3. O início e término de vigência de cada Segurado constarão do Certificado Individual do Segurado, observadas as disposições contratuais.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste Seguro e de acordo com as Condições Contratuais, o custeio pode ser:

a) não contributivo: em que os Segurados não pagam prêmio; ou

b) contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

11.2. A forma de custeio constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do contrato, se houver.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. É da **responsabilidade do Estipulante** a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

12.1.1. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto nas Condições Contratuais.

12.2. É **vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele 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 do prêmio, o valor do prêmio de cada Segurado.**

12.3. É **vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.**

12.4. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido na Proposta de Adesão, na Apólice e no contrato, se houver.

12.5. Se o sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item 13, destas Condições Gerais.

12.6. Quando a data limite para pagamento do prêmio recair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.7. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 13, destas Condições, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

12.8. 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. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

13.1. A falta de pagamento do prêmio, seja ou não contributivo o seguro, até o vencimento, não acarretará a suspensão automática das coberturas que continuarão vigentes durante o período de inadimplência, respeitado o prazo referido no item 13.1.1.

13.1.1. O Estipulante, em atraso com o pagamento dos prêmios, **será notificado para pagamento do prêmio em atraso, corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento), ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança, que não será inferior a 10 (dez) dias, contado da notificação.**

13.1.2. O não pagamento dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento do seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 13.1.1., sujeitará, também, o Estipulante as cominações legais.

13.2. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, **mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso, com os encargos previstos no item 13.1.1.**

13.2.1. Se no período de inadimplência, **antes da data informada para cancelamento**, ocorrer sinistro, este terá cobertura, **com a conseqüente cobrança do prêmio ou, quando for o caso, abatimento do seu valor da indenização.**

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O Capital Segurado de cada garantia contratada constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, do Certificado Individual e do contrato, se houver.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1. O Capital Segurado de todas as Garantias contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização.

15.1.1. No caso de Capital Segurado múltiplo salarial, será aplicada atualização pelo mesmo índice da atualização do salário ou do provento do Segurado, respeitadas as normas legais.

15.2. Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados, quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.

15.3. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados devidos por morte ou invalidez serão atualizados segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador.

15.4. Ficará definido no contrato o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens 15.1 e 15.1.1 destas Condições Gerais.

16. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

16.1. Considera-se como **data do evento** a data do acidente, exceto para as Garantias Adicionais de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT) e de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH), que se observará o disposto nas respectivas Condições Especiais.

16.2. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora**, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, **logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 17, destas Condições Gerais.**

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

17.1. Observado o disposto no item 16, destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, **deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.**

17.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação **correrão por conta dos interessados**, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.3. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

17.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou Indenização decorrente do presente seguro será efetuado **em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos, relacionados** abaixo, observado os itens 17.5, 17.6 e seguinte, destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e quando for o caso, com a assinatura do segurado;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado;
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho;

- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou do TC – Termo Circunstanciado, em caso de morte acidental;
- Cópia do laudo do I.M.L., em caso de morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado.

17.4.1. Para as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, quando contratadas, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), deverá ser apresentado o relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:

- Diagnóstico
- Alta definitiva
- Tratamento usado
- Grau de invalidez
- Reconhecimento do estado de invalidez permanente total ou parcial.

17.4.2. Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), o Segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

- Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente;
- Exames complementares realizados;
- Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;
- Atestado Médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, **para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.**

17.4.3. Para a Cobertura de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH), quando contratada,

além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos originais, conforme o caso:

- a) Consulta Médica:** Recibo do médico, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo:
- nome do paciente;
 - data da consulta;
 - valor cobrado (numérico e por extenso);
 - descrição do tipo de atendimento/especialidade;
 - dados do Médico: nome, CPF, CRM, especialidade, assinatura e endereço completo;
- b) Exames Laboratoriais e Radiológicos:** pedido do médico assistente, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:
- nome do paciente;
 - data do atendimento;
 - valor cobrado (numérico e por extenso);
 - nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).
- c) Terapias realizadas em sessões:** obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:
- diagnóstico,
 - tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
 - nome do paciente;
 - data do atendimento;
 - valor cobrado (numérico e por extenso);
 - descrição do tipo de atendimento, e
 - dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.
- d) Despesas Hospitalares:**
- a)** Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, tempo de existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
- b)** Cópia dos laudos, se forem realizados exames anátomos patológicos ou polissonografias;
- c)** Recibos ou Nota Fiscal quitada dos profissionais (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, assistência ao recém-nascido e visitas hospitalares);

d) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar.

d.1) Dos recibos ou Notas Fiscais quitadas deverão constar:

- nome do paciente;
- data do evento;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- recibos de honorários médicos individualizados contendo os dados do profissional (nome, CPF/MF, CRM, função exercida no evento e assinatura).

Dos Honorários apresentados em Nota Fiscal quitada, deverá constar a descrição da equipe médica: nome, CRM, função e valor cobrado para cada profissional.

d.2) Da Nota Fiscal hospitalar quitada deverá constar:

- nome do paciente;
- período da internação;
- descritivo com valores e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, serviços complementares, materiais e medicamentos.

e) Próteses e órteses, exclusivamente ligadas ao ato cirúrgico:

- relatório médico justificando a implantação do aparelho;
- Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo do aparelho.

17.4.4. Para a Cobertura de Diária por Internação em UTI (DUTI), quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos, conforme o caso:

- Aviso de Sinistro original devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente, contendo:
 - a)** descrição da ocorrência;
 - b)** motivo da internação e procedimentos adotados com código de procedimento AMB (Associação Médica Brasileira);
- Cópia simples do Prontuário Médico Hospitalar completo;
- Cópia simples da declaração do Hospital (onde deverá constar o total de diárias utilizadas,

especificando os dias em UTI, hora de entrada e saída com data), diagnóstico, tratamento realizado, nome do médico assistente;

- Cópia simples do resultado de exames realizados.

17.4.5. Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s):

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um, **mais:**
 - Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada;
 - Companheira(o): prova de “união estável”.

No caso de beneficiários menores de idade ou incapazes:

- menores sujeitos ao **poder familiar**: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- menores sujeitos à **tutela**: cópia da certidão de nascimento do menor, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- maiores sujeitos à **curatela**: cópia da certidão de nascimento do maior, termo de curatela e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

17.5. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

17.6. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

17.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados no item 17 o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

17.7. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 17.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 17.4, destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade

da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes legais ou dos seus beneficiários:

- a) inexistência ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;
- d) inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.

18.1.1. Perderá, também, o direito à indenização o Segurado que impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

18.2. Em qualquer das hipóteses previstas nos itens 18.1 e 18.3 não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

18.3. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

18.3.1. Em caso de agravação do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou

cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.3.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem 18.3.1, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

18.4. Se a inexistência ou a omissão nas declarações, referidas no item 18.1, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

19.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

19.1.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, desde que comprovadamente entregue à Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o

pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.

19.2. A substituição só poderá ser efetuada se o Segurado Principal não tiver renunciado previamente a essa faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação.

19.3. Não sendo indicado beneficiário, ou se por qualquer motivo a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

19.3.1. Para o caso de morte de Segurado Dependente, incluído por Cláusula Suplementar o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

19.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

19.5. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, do Segurado Dependente, incluído por Cláusula Suplementar o beneficiário será o próprio Segurado Dependente.

19.6. A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste Seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

20.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a)** com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora;
- b)** com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, observado o disposto no item 20.2, desta Cláusula;
- c)** quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito.
- d)** com o falecimento do Segurado Principal ou quando este vier a receber o capital segurado relativo à garantia adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- e)** imediatamente, se constatada uma das hipóteses

previstas nos itens 20 e 21, destas Condições Gerais.

20.2. Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela Apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. No decorrer da vigência, a apólice somente poderá ser cancelada, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, sendo que, no caso do seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

21.1.1 A apólice também poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

- a)** se houver dolo, culpa, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- b)** se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- c)** quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora;

21.2. O Seguro poderá ainda ser cancelado:

- a)** por solicitação, por escrito, do Segurado Principal;
- b)** automaticamente, com a morte do Segurado Principal;
- c)** automaticamente com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- d)** automaticamente, se o Segurado, seus representantes legais, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- e)** automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou representantes legais.

21.2.1. A cobertura dos Segurados Dependentes, incluídos por Cláusula Suplementar, será cancelada nos seguintes casos:

- a) automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) automaticamente, no caso da perda de condição de dependente do Segurado, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) quando solicitado por escrito pelo Segurado Principal;
- d) quando desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora;
- e) com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

21.2.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a comunicação à Seguradora da dissolução da sociedade conjugal ou da união estável, serão devolvidos ao Segurado Principal, salvo na hipótese de ocorrência do sinistro, decorrente de evento coberto.

22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

22.1 O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

22.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive, dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

23.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, 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.

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

23.1.2. 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.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e no contrato, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- 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;
- fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 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;

- 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;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado, e
- 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.

25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Especiais, as Cláusulas Suplementares, a Apólice e o contrato, se houver, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

26. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

26.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, **mediante acordo entre Seguradora e Estipulante.**

26.1.1. Qualquer modificação na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, **dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

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

26.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor somente poderá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do

Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias corridos, contado da data do recebimento do pedido de alteração, para aceitá-lo ou recusá-lo.

26.3. Nos seguros contributários, o pedido de aumento de Capital Segurado deverá ser acompanhado da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

26.4. Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do prêmio, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

26.5. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 10.1.3, destas Condições Gerais.

27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

28.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

28.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

28.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das Condições Contratuais.

29. FORO

29.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora.

29.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 29.1.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado, ao próprio Segurado, em caso de invalidez permanente em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.

1.2. Como invalidez permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão.

1.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item 7, destas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.

1.4. No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida.

1.5. Nos casos de invalidez parcial, não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens,

ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do capital previsto para o membro ou órgão lesado.

1.6. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta garantia; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.

1.7. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

1.8. A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da invalidez prevista nestas Condições Especiais será automática quando da ocorrência do sinistro. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de invalidez permanente parcial por acidente, a cobertura prevista nestas Condições Especiais ficará reduzida à diferença entre a importância segurada pela mesma e a indenização paga em razão de invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.

2. CONCEITO

2.1. Aplica-se a esta Garantia o conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente COBERTAS nesta Garantia

as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 5, das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS desta Garantia, os eventos decorrentes de:

a) *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: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.*

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, coberta pela presente Garantia, deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

5.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.

5.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente, previsto nesta Garantia.

5.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23, das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado por esta Garantia não

poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da Garantia Básica, do Segurado Principal, e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no contrato, se houver.

6.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente, conforme o disposto no item 1.9, destas Condições Especiais.

7. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente 1/2 do respectivo dedo
	Perda dos demais dedos	equivalente 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
	NARIZ	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50%	15
mais de 50%	30	
SISTEMA AUDITIVO		
Perda total de uma orelha	08	
Perda total das duas orelhas	16	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		

APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim:	
Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75

DIVERSAS

MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05
PERDA DO BAÇO	
	15

DIVERSAS

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. O pagamento do Capital Segurado, devido por esta Garantia, será realizado conforme disposto no item 17, das Condições Gerais.

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

9.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados:

- simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou
- em data posterior, prevista em aditivo e no

Certificado Individual, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta Garantia termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) com o recebimento integral do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.**

9.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez permanente parcial, do capital segurado a ser pago por morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

10.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21, das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2, destas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado ao próprio Segurado, em caso de sua **invalidez permanente em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos**

meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver, caso o acidente acarrete:

- Perda total do uso de um dos dedos indicadores;
- Perda total do uso de um dos dedos polegares;
- Perda total da visão de um dos olhos;
- Perda total incurável dos dois ouvidos.

1.2. Excluem-se desta cobertura qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item anterior.

1.3. A Garantia prevista nestas Condições Especiais NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

1.4. Esta Garantia somente pode ser contratada como adicional à Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2. CONCEITO

2.1. Aplica-se a esta Garantia o conceito de Acidente Pessoal previsto no item 2, das Condições Gerais.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente COBERTAS nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Garantia os riscos previstos no item 5, das Condições Gerais, bem como aqueles mencionados no item 4 das Condições Especiais para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez, coberta pela presente Garantia, será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

5.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação

da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, se o Segurado se recusar.

5.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente, previsto nesta Garantia.

5.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23, das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O valor do Capital Segurado por esta Garantia será igual ao Capital Segurado da Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no contrato, se houver.

6.2. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da invalidez prevista nestas Condições Especiais será automática quando da ocorrência do sinistro. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de invalidez permanente parcial por acidente a cobertura desta garantia ficará reduzida a diferença entre a importância segurada pela mesma e a indenização paga em razão de invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. O pagamento do capital segurado, devido por esta Garantia, observará o disposto no item 17, das Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

8.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados, simultaneamente, com o início de vigência da Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

8.2. Esta Garantia termina nas hipóteses previstas no item 9, destas Condições Especiais.

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

9.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21, das Condições Gerais, e nas seguintes hipóteses:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Garantia Básica ou da Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro.**
- c) com o recebimento integral do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente Total (IPA).**

9.2. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Garantia, do Capital Segurado a ser pago por morte será deduzido o percentual já pago para invalidez.

9.3. A cobertura prevista nestas Condições Especiais cessará quando a presente Garantia for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática ao cônjuge, do Segurado Principal, no seguro, exclusivamente, nas seguintes garantias:

- Garantia Básica – morte acidental;
- Garantia Adicional de Indenização para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação das garantias acima especificadas e desde que o Segurado Principal também as tenha contratado.

1.3. Para os efeitos desta Cláusula, equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do(a) Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), desquitado(a), separado(a) judicialmente ou de fato ou divorciado(a), desde que comprovada a união estável, por ocasião da ocorrência do sinistro.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que, na data da sua inclusão nesta Cláusula:

- se encontrar em boas condições de saúde e
- atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

2.2. A inclusão do cônjuge se dará, por solicitação do Segurado Principal, mediante preenchimento de Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal**, observado o disposto no item 9, das Condições Gerais.

2.3. Poderão ser aceitos, a critério exclusivo da Seguradora, sem Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, os cônjuges **incluídos no grupo inicial da Apólice ou cujas inclusões sejam solicitadas até 30 (trinta) dias da data em que passarem a fazer parte do grupo segurável.**

2.4. A inclusão estará condicionada à aprovação, pela Seguradora, que poderá solicitar exames, para análise da Proposta de Adesão.

2.5. A inclusão e permanência do cônjuge no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Principal.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente **COBERTAS** nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cláusula os eventos previstos no item 5, das Condições Gerais, bem como aqueles mencionados no item 4 das Condições Especiais para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Os Capitais Segurados do cônjuge, incluído por esta Cláusula, **não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Principal** e estarão descritos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no contrato, se houver.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1. O beneficiário da indenização por morte devida por esta Cláusula **será sempre o Segurado Principal.**

6.2. Para a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o beneficiário será o Segurado Dependente, incluído por esta Cláusula.

6.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, a indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA CLÁUSULA

7.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:

- a) na data do início da vigência da Garantia Básica do risco individual do Segurado Principal, para o cônjuge admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) na data da inclusão desta Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice, se automática;
- c) na data solicitada pelo Segurado Principal, se facultativa, e se contratada após o início de vigência da Garantia Básica, do Segurado Principal.

7.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.2.1, das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre

quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho, do Segurado Principal, **exclusivamente**, da Garantia Básica – morte acidental.

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação da Garantia Básica.

1.3. Para os efeitos desta Cláusula, **são considerados e/ou equiparados a filhos**, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- a) o filho e o enteado do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- b) o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- d) o absolutamente incapaz, do qual o Segurado Principal seja tutor ou curador.

1.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, do mesmo Grupo Segurado, **os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado**, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderão participar do seguro os filhos que, na data da sua inclusão nesta Cláusula:

- se encontrarem em boas condições de saúde, e
- dependerem economicamente do Segurado Principal.

2.2. A inclusão do filho deverá ser solicitada pelo Segurado Principal, mediante preenchimento de

Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde e Atividade; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal.**

2.2.1. Somente poderá haver inclusão de filho quando a Cláusula de Inclusão de Cônjuge for automática.

2.3. Poderão ser aceitos, a critério exclusivo da Seguradora, sem Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, os filhos incluídos no grupo inicial da Apólice ou cujas inclusões sejam solicitadas até 30 (trinta) dias da data em que passarem a fazer parte do grupo segurável.

2.4. A inclusão do filho estará condicionada à aprovação, pela Seguradora, que poderá solicitar exames para análise do risco.

2.5. A inclusão e a permanência do filho no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Principal.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente COBERTAS nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cláusula os eventos previstos no item 5, das Condições Gerais.

5. CAPITAIS SEGURADOS

5.1. Os Capitais Segurados do filho, incluído por esta Cláusula, **não poderão ser superiores** ao contratado para o Segurado Principal e estarão descritos na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice, no Certificado Individual e no contrato, se houver.

5.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura observará o disposto no item 9.2.14, das Condições Gerais.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1. O beneficiário da indenização por morte prevista nesta Cláusula será o Segurado Principal.

6.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), a indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

7. INÍCIO E TÉRMINO DESTA CLÁUSULA

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a)** na data do início de vigência da Garantia Básica do risco individual do Segurado Principal, para o filho admitido no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b)** na data da inclusão da Cláusula na apólice, e de conformidade com o que se estabelecer, se esta for incluída após o início de vigência da apólice, se automática;
- c)** na data solicitada pelo Segurado Principal, se facultativa e se contratada após o início de vigência da Garantia Básica, do Segurado Principal.

7.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.2.1, das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT

PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL À GARANTIA BÁSICA

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, desde que

contratada, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, de uma indenização **em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, exclusivamente em consequência de acidente pessoal, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta Garantia, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é a renda diária contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário de todas as atividades remuneradas, decorrente de acidente coberto, ocorrido na vigência desta Garantia e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as Condições Contratuais;
- **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento por evento coberto;
- **Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente;
- **Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização. **Os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;**
- **Preexistência** é todo acidente, que comprometa função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, não declarado na Proposta de Adesão, em relação ao qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação desta Garantia;
- **Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

3.1. Observado o disposto no item 9, das Condições Gerais, somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, na data da assinatura da Proposta de Adesão:

- a) estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta Garantia, em território brasileiro;
- b) tenham menos de 70 (setenta) anos; e
- c) estejam em boas condições de saúde.

4. GARANTIAS OFERECIDAS PELO SEGURO

4.1. Esta Garantia prevê o pagamento ao segurado de uma indenização, **compatível com a perda de renda que vier a sofrer e limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário, da sua profissão ou ocupação, por acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário contratado.**

4.2. O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no contrato, se houver, a título de Renda Diária, **devendo ser compatível com os rendimentos do Segurado.**

4.3. A Renda Diária estará limitada a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a Garantia Básica (Morte Acidental), observado o limite de comercialização definido pela Seguradora, e o disposto no item 4.2, destas Condições Especiais.

4.4. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Apólice, da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, do Certificado Individual e do contrato, se houver, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, e será, **no máximo**, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

4.5. A indenização será devida a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia.

4.6. Na eventualidade do Segurado possuir na Seguradora mais de um seguro cuja característica e objetivo coincidam com esta Garantia, a Seguradora observará, quando do recebimento da Proposta de Contratação, os limites de indenização para aceitação desta Proposta.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Estão expressamente **COBERTAS** nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS**, da presente Garantia, os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) *uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;*
- b) *danos físicos conseqüentes de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;*
- c) *furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;*
- d) *ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se o evento for decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esportes, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;*
- e) *incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Garantia;*
- f) *prática, por parte do Segurado, ou pelo seu representante legal, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;*
- g) *tentativa de suicídio, nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato;*
- h) *acidentes ou lesões preexistentes ao início de*

vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

- i) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta Garantia;*
- j) envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;*
- k) agravação intencional do risco, por parte do Segurado;*
- l) quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;*
- m) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;*
- n) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;*
- o) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalides acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, constante do item 2, das Condições Gerais.*

6.2. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.

7. CARÊNCIAS

7.1. Não haverá carência para esta Garantia.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

8.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.

8.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

8.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item 23, das Condições Gerais.

9. DATA DO EVENTO

9.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento, respeitada a definição de “preexistência” constante do item 2, destas Condições Especiais.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado a apresentação da documentação básica relacionada nos itens 17.4 e 17.4.2, das Condições Gerais.

10.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item 17.4, das Condições Gerais.

10.3. Caso haja necessidade de prorrogação do

período de afastamento inicialmente solicitado, o **Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.**

10.4. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br.

11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completarse o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.

11.2. É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo do benefício, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente pagos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, “pro rata”, contados da data do pagamento.

12. ALTERAÇÃO DE VALORES

12.1. Mediante preenchimento de nova Proposta de Contratação, o Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 9.1 e seguintes, das Condições Gerais, e os itens 4.2 e 4.3, destas Condições Especiais.

12.1.2. A redução de Capital Segurado é de exclusiva faculdade do Estipulante, respeitado o disposto no item 26.1.1, das Condições Gerais.

12.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 10, das Condições Gerais.

13. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

13.1. Esta garantia começa a vigorar:

- a) simultaneamente com o início de vigência da Garantia Básica, ou
- b) em data posterior, prevista no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Garantia Básica.

13.2. Esta Garantia termina:

- a) nas hipóteses previstas no item 21 das Condições Gerais; e

- b) sempre que for cancelada a Garantia Básica.

13.2.1. Esta Garantia termina, independentemente da continuidade da vigência da Garantia Básica e das demais Garantias contratadas, nas seguintes hipóteses:

- a) quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; ou
- b) quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta Garantia, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Estipulante, referente a esta Garantia.

14. DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas delas constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas Condições Especiais, têm função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA COBERTURA DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES - DMH

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Principal, limitado ao capital segurado contratado, em caso de atendimento médico e/ou hospitalar efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da

data do evento, decorrente de acidente pessoal coberto, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico e/ou hospitalar ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal;
- **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado Principal; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas e/ou hospitalares, do Segurado, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- **Despesa Hospitalar** é aquela decorrente da hospitalização do Segurado Principal para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo);
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado Principal, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado Principal, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico e/ou hospitalar, decorrente de acidente pessoal coberto;

3. CONCEITO

3.1. Aplica-se a esta Garantia o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2, das Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente **COBERTAS** nesta Garantia

as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 5, das Condições Gerais, bem como do item 4 das Condições Especiais para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), estão também expressamente **EXCLUÍDOS** desta Garantia, os eventos decorrentes de *estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.*

5.2. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Garantia as despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:

- a) Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;*
- b) cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;*
- c) enfermagem, seja em, regime hospitalar ou domiciliar;*
- d) procedimentos realizados antes do início de vigência desta Garantia;*
- e) internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;*
- f) outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);*
- g) procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;*
- h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei;*
- i) medicamentos de uso domiciliar;*
- j) perda de dentes e danos estéticos.*

6. GARANTIA

6.1. Esta Garantia consiste no pagamento do reembolso de despesas médicas ou hospitalares relativas ao atendimento do Segurado, em consequência de acidente pessoal coberto, efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, observadas as condições contratuais.

6.1.1. Os Capitais Segurados (limites de reembolso) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico ou hospitalar, desde que decorrente de acidente ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Garantia será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

8.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento do reembolso, se o Segurado se recusar.

8.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto do reembolso deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23, das Condições Gerais.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado por esta Garantia estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, respeitados os valores de reembolso contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens 17.4. e 17.4.3, das Condições Gerais.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

11.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados:

- **simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Garantia termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) com o falecimento do Segurado.**

11.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Garantia, não haverá dedução do valor contratado para a Garantia Básica.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

12.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21, das Condições Gerais, observado o disposto no item 11.2, destas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas

Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA COBERTURA DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA - DUTI

1. OBJETIVO

1.1. A presente Garantia Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Principal, **decorrente de acidente pessoal coberto, observado o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes do item 2, das Condições Gerais, aplicam-se a esta Cobertura, prevalecendo sobre outras que as contrariem, as seguintes definições:

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado ao Segurado Principal, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em decorrência de acidente pessoal coberto;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Renda diária** é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de comprovada internação, exclusivamente em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o Segurado Principal permanecer internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). O Segurado Principal somente terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 (doze) horas.

- **Hospital** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamento médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

3. CONCEITO

3.1. Aplica-se a esta Garantia o conceito de Acidente Pessoal constante do item 2, destas Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente **COBERTAS** nesta Garantia as lesões acidentais previstas no item 4, das Condições Gerais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 5, das Condições Gerais, bem como aqueles eventos descritos no item 5.1 e as despesas médicas relacionadas no item 5.2, ambos das Condições Especiais da cobertura de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH).

5.2. Também não haverá cobertura caso:

- a) a internação não ocorrer em hospital, conforme definido na cláusula 2.1 destas Condições Especiais, especialmente no caso de Home Care (internação domiciliar);*
- b) o Segurado Principal não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da internação.*

5.3. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a)** qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b)** instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c)** clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;

- d) clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
- f) Home Care (internação domiciliar);
- g) Leitos de hospital que não sejam reconhecidos legalmente como UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

6. GARANTIA

6.1. Esta Garantia consiste no pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade Terapia Intensiva) do Segurado Principal, **decorrente de acidente pessoal coberto, observado o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, observados os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato, se houver.**

6.1.1. Os Capitais Segurados (renda diária) contratados, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

6.1.2. A cobertura inicia-se no primeiro dia da internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e termina no dia da alta médica da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Principal, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

6.1.3 No caso do período de permanência em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não ser contínuo durante a internação hospitalar do Segurado Principal, o número máximo de diárias equivalerá a somatória dos períodos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência da internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), desde que

decorrente de acidente ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Garantia será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

8.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento do reembolso, se o Segurado se recusar.

8.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto da renda diária deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23, das Condições Gerais.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado por esta Garantia estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, respeitados os valores de reembolso contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens 17.4. e 17.4.4, das Condições Gerais.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

11.1. Esta Garantia começa a vigorar, para todos os Segurados:

- **simultaneamente, com o início de vigência da Garantia Básica, ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Garantia for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Garantia termina:

- a) **simultaneamente com o cancelamento da Garantia Básica ou da presente Garantia;**
- b) **a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) **com o falecimento do Segurado.**

11.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Garantia, não haverá dedução do valor contratado para a Garantia Básica.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE GARANTIA

12.1. Esta Garantia poderá ser cancelada nas

mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21, das Condições Gerais, observado o disposto no item 11.2, destas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

13.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Gerais da Apólice. As normas dela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a estas, tem função subsidiária.

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento para solucionar dúvidas sobre os produtos, solicitar 2ª via de boleto e extrato e fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

- **FALE CONOSCO**

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

www.segurosunimed.com.br

- **OUVIDORIA**

É um canal de comunicação diferenciado dos demais em função de suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Para recorrer à Ouvidoria, o cliente deve esgotar as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa e não ter ficado satisfeito com a solução apresentada.

As manifestações poderão ser feitas via e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br, internet: www.segurosunimed.com.br, ou por carta: Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 10º andar - CEP 01410-901 - São Paulo - SP.