

CONDIÇÕES GERAIS

UNIMED
INTERCORRÊNCIA SEGURA
STOP LOSS

RAMOS ELEMENTARES



Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de agradecer pela decisão de contratar o **Unimed Intercorrência Segura** e por escolher a **Seguros Unimed** para ser a Seguradora que irá protegê-lo.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do seu Seguro Stop Loss. Seguro que garantirá a estabilidade operacional de sua Instituição face aos compromissos assumidos perante aos seus usuários, desde que amparadas pelas coberturas aqui previstas.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Atenciosamente,

Seguros Unimed

Para nós é uma honra tê-lo como segurado, por isso colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 770 3611

Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria



SUMÁRIO

1. Disposições Preliminares.....	4
2. Definições.....	4
3. Objetivo do Seguro.....	7
4. Forma de Contratação.....	8
5. Âmbito Geográfico	8
6. Coberturas.....	8
7. Despesas Cobertas	9
8. Riscos Excluídos.....	10
9. Limite Máximo de Indenização (LMI).....	11
10. Franquia e/ou Participação Obrigatória do Segurado (POS).....	11
11. Vigência	12
12. Renovação do Seguro.....	12
13. Aceitação do Risco	12
14. Inspeções.....	14
15. Alteração de Riscos e Valores	14
16. Pagamento do Prêmio.....	14
17. Juros de Mora.....	15
18. Obrigações do Segurado	16
19. Regulação e Liquidação de Sinistros	17
20. Divergência de Natureza Médica	18
21. Perda de Direito ao Seguro	19
22. Concorrência de Apólices.....	20
23. Atualização dos Valores Contratados	21
24. Reavaliação do Prêmio	22
25. Material de Divulgação	22
26. Transferência de Apólice.....	22
27. Sub-Rogação de Direitos	23
28. Documentos do Seguro.....	23
29. Cancelamento e Rescisão.....	23
30. Legislação Aplicável.....	24
31. Prescrição	24
32. Foro	24
33. Arbitragem	24
34. Ouvidoria.....	24

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

O **Unimed Intercorrência Segura** é um **Seguro Stop Loss** e sua aceitação estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

2. DEFINIÇÕES

Abaixo estão as definições de termos e expressões específicos constantes nas Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares, pertinentes ao seguro contratado.

ACEITAÇÃO DO RISCO: Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de Seguro. A aceitação do seguro ficará sujeita à análise do risco, podendo ser aceita ou não pela Seguradora.

AGRAVAMENTO DO RISCO: Circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

ALTA MÉDICA: Autorização ou liberação para saída do paciente do ambiente de tratamento clínico ou hospitalar, que indica a ausência da necessidade de permanência do mesmo nestes locais.

ÂMBITO GEOGRÁFICO: Local que determina a abrangência da cobertura da Apólice.

APÓLICE: Documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

ASA: Sigla americana para “American Society of Anesthesiologist” que determina a classificação do estado físico do paciente, conforme anexo I.

ATO ILÍCITO: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

ATO ILÍCITO CULPOSO: Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência do responsável, pessoa física ou jurídica.

ATO ILÍCITO DOLOSO: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

AVISO DE SINISTRO: Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

BOA-FÉ: No contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

CANCELAMENTO DO SEGURO: Dissolução antecipada do Contrato de Seguro, em sua totalidade, por determinação legal, acordo, esgotamento do limite máximo de indenização da apólice, perda do direito ao seguro, descumprimento contratual, inadimplência do Segurado, disposição legal ou acordo mútuo.

COBERTURA: Corresponde aos riscos cobertos pelo seguro contratado.

COMPLICAÇÃO RELACIONADA AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO: Complicações decorrentes de intercorrências que ocorram durante ou após um procedimento cirúrgico.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto das cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro contratado, que determinam os direitos e deveres das partes contratantes, Segurado e Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas específicas relativas às coberturas do seguro contratado, que eventualmente possam alterar as Condições Gerais.

CONDIÇÕES PARTICULARES: Conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais do seguro contratado, através de modificação ou cancelamento das disposições já existentes, ou, ainda, através de introdução de novas cláusulas que eventualmente ampliem ou restrinjam a cobertura securitária contratada.

CORRETOR: Profissional autorizado pelos órgãos competentes para promover a intermediação de Contratos de Seguro e sua administração.

EMERGÊNCIA: É a ocorrência em que há necessidade de atuação médica imediata.

ENDOSSOS: Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE: Qualquer ato profissional (médico, odontológico ou demais atividades relacionados à prestação de serviços da área da saúde) executados com culpa, assim como qualquer erro, omissão ou descumprimento do dever incorrido no exercício da especialidade em que atua.

EVENTO: Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por uma apólice de seguro, conforme descrito na Cláusula 4, destas condições gerais.

FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS): Percentual e/ou valor determinado até o qual o Segurado responde obrigatoriamente pelos prejuízos de um Sinistro coberto. A responsabilidade da Seguradora inicia-se apenas e tão somente no que excede o percentual e/ou valor da franquia, até o limite contratado.

INDENIZAÇÃO: Corresponde ao pagamento, até o Limite Máximo de Indenização da apólice, em caso de sinistro coberto pelo presente seguro.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data mencionada na apólice a partir da qual as coberturas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

INSPEÇÃO: Termo utilizado para definir o ato da Seguradora em realizar trabalho de visita às instalações do Segurado para inspecioná-lo e, mediante relatório detalhado, tomar prévio conhecimento do mesmo para fins de aceitação e taxaço e/ou rejeição do risco, e ainda, cobertura de sinistro.

INTERCORRÊNCIA MÉDICA: É o termo que define a ocorrência de um evento inesperado em um procedimento médico, que não poderia ser em geral previsto ou alertado ao paciente.

JUROS DE MORA: É o encargo financeiro decorrente por atraso no pagamento ou recebimento de algum valor, após a aplicação do índice de atualização de valores.

LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI): Limite Máximo de responsabilidade assumido pela Sociedade Seguradora, por cobertura.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS: Pagamento da indenização ou reembolso relativo a um sinistro coberto pela

apólice.

MÁ-FÉ: Agir deliberadamente de modo contrário à lei, direito ou aos bons costumes.

OCORRÊNCIA: Fato gerador de um evento danoso, com relação de causa e efeito definida.

PACIENTE: Pessoa que utiliza os serviços relacionados à área da saúde, prestados pelo Segurado.

PARTO: Conjunto de fenômenos mecânicos e fisiológicos que levam à expulsão do feto e seus anexos do corpo da mãe; parturição.

PERÍODO DE VIGÊNCIA: É o período de validade da Apólice, que deve ser no mínimo de 1 (um) ano.

PORTE ANESTÉSICO: Classificação dos portes anestésicos que variam de acordo com a complexidade dos procedimentos cirúrgicos.

PRÊMIO: Importância paga pelo Segurado à Seguradora para que esta lhe garanta as coberturas contempladas pela apólice.

PRÉ-NATAL: É a assistência médica e de enfermagem prestada à mulher durante todos os nove meses em que esteja grávida. O pré-natal destina-se a garantir o melhor estado de saúde possível para a mãe e para o bebê no momento do parto.

PRESCRIÇÃO: Perda de direito de propor uma ação depois de ultrapassado o prazo que a lei determina para reclamar-se um interesse.

PROCEDIMENTO ELETIVO: É o termo usado para designar procedimentos na área da saúde que **NÃO** sejam considerados de urgência ou emergência.

PROCEDIMENTO PARTICULAR: É o termo usado para designar procedimentos na área da saúde que sejam totalmente custeados pelo próprio usuário.

PROPONENTE: Pessoa jurídica que pretende fazer um seguro.

PROPOSTA DE SEGURO: É o instrumento que formaliza o interesse do proponente em efetuar o seguro.

QUESTIONÁRIO: Documento enviado pelo proponente à Seguradora com a finalidade de a mesma analisar e dimensionar o risco objeto da cobertura do Seguro. É parte integrante da apólice e deve ser devidamente assinado pelo Segurado ou seu Representante.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Conjunto de procedimentos realizados na ocorrência de um sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos, com vistas à caracterização do risco ocorrido e seu enquadramento ou não no seguro.

RENOVAÇÃO: Ao término da vigência de um Contrato de Seguro, normalmente é oferecida ao Segurado a possibilidade de dar continuidade ao Contrato. O conjunto de normas e procedimentos a serem cumpridos, para que se efetive tal continuidade, é denominada renovação do Contrato. O Segurado não terá a renovação automática.

RISCO: Evento possível, futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

RISCO COBERTO: Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem à indenização, ao Segurado.

RISCO EXCLUÍDO: Todo evento danoso em potencial, não elencado entre os riscos cobertos na apólice de seguro é um risco excluído, por falta de previsão contratual e negocial. No entanto, para evitar

litígios decorrentes de interpretação incorreta do risco coberto, e também porque alguns dos possíveis riscos excluídos podem ser redefinidos como riscos cobertos em Coberturas Básicas ou Adicionais, os riscos excluídos são elencados de forma explícita nos Contratos de Seguro, seja nas Condições Gerais, seja nas Condições Especiais. Portanto, este é o conceito restrito de risco excluído: são potenciais eventos danosos, elencados no Contrato, mas NÃO contemplados pelo Seguro, isto é, em caso de ocorrência, causando danos ao Segurado (ou a sua responsabilização pelos mesmos, no Seguro de Responsabilidade Civil), não haveria indenização ao Segurado.

SEGURO: Contrato pelo qual uma das partes (Seguradora) se obriga, mediante o recebimento do prêmio, a indenizar outra (Segurado e/ou Beneficiários) por eventuais prejuízos consequentes da ocorrência de determinados eventos, previstos como riscos cobertos nestas Condições Gerais e, se aplicável, Condições Especiais e Particulares.

SEGURADO: Pessoa jurídica, legalmente constituída, que ofereça promessa de garantia em direitos ou prestação de serviços, em decorrência de eventos incertos e futuros, mediante o pagamento de contraprestação pecuniária. Não se enquadram no conceito de segurado as sociedades seguradoras.

SEGURADORA: Empresa legalmente constituída e devidamente regulamentada pela SUSEP, para assumir e gerir riscos, devidamente especificada no contrato de seguro.

SINISTRO: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência da apólice.

SUB-ROGAÇÃO: No que diz respeito ao Seguro, é o direito que a lei confere ao Segurador, que pagou a indenização ao Segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

SUSEP - SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS: É a autarquia com poderes de normatização, controle e fiscalização do mercado de Seguros no Brasil.

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO: Documento no qual o paciente declara ter recebido informações, estar ciente da natureza da intervenção médica e dos correspondentes riscos inerentes, consentindo com a realização e, por consequência, com os riscos, caso o assine.

TÍTULO DE ESPECIALISTA OU CERTIFICADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO: Documentos emitidos por órgãos competentes como a Associação Médica Brasileira (AMB), a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), Sociedades Nacionais relacionadas ao âmbito de atuação e outros, reconhecendo que o profissional tem plena capacidade e conhecimento para exercer sua atividade em determinada(s) área(s) de atuação.

URGÊNCIA: É a ocorrência em que há necessidade de atuação médica imediata, em face do risco de vida do paciente, sem tempo de prepará-lo previamente.

ULTRASSONOGRAFIA: É uma técnica médica, não invasiva, utilizada para reproduzir imagens dinâmicas, observadas em tempo real dos órgãos internos, tecidos, rede vascular e fluxo sanguíneo, auxiliando, complementando e interagindo com outras especialidades médicas.

USUÁRIO: Pessoa física que estabeleça relação contratual com o Segurado, diretamente ou por intermédio de pessoa jurídica.

3. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir, durante a vigência da apólice e mediante o recebimento do devido

prêmio, a estabilidade operacional do Segurado face aos compromissos por ele assumidos perante os usuários, mediante a assunção de parte do(s) risco(s) que supere(m) a(s) franquia(s) estabelecida(s) contratualmente, até o limite máximo de indenização contratada, observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

4. FORMA DE CONTRATAÇÃO

Este seguro está sendo contratado na forma de primeiro risco absoluto.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro abrangerá eventos ocorridos no local de risco da Instituição de Saúde segurada, indicado na apólice, desde que em qualquer parte do território brasileiro.

6. COBERTURAS

Desde que observadas todas as disposições destas condições gerais e desde que o médico cirurgião tenha título de especialista ou certificado na área de atuação para realizar os procedimentos cobertos por este seguro, as coberturas abaixo previstas garantem o pagamento de despesas médica-cirúrgicas realizadas no interior da Instituição de Saúde Segurada, de determinado evento, que ultrapassar o valor de franquia contratada, até o Limite Máximo de Indenização devidamente estipulado na Apólice, desde que provenientes de:

- I. **Complicações decorrentes de intercorrências clínicas ou cirúrgicas** que ocorram durante a realização de procedimentos cirúrgicos **ELETIVOS e PARTICULARES**, especificamente, para Portes Anestésicos classificados como 0 (zero) e/ou 1 (um) e/ou 2 (dois), desde que o paciente seja classificado como ASA I ou II e tenha até 65 anos de idade.
- II. **Complicações decorrentes de intercorrências clínicas ou cirúrgicas** que ocorram em até 72 (setenta e duas) horas, após a alta médica, decorrentes de procedimentos cirúrgicos **ELETIVOS e PARTICULARES**, especificamente, para Portes Anestésicos classificados como 0 (zero) e/ou 1 (um) e/ou 2 (dois), desde que o paciente seja classificado como ASA I ou II e tenha até 65 anos de idade.
- III. **Complicações decorrentes de intercorrências clínicas ou cirúrgicas** que ocorram durante a realização do **parto** ou em até 72 (setenta e duas) horas, após a alta médica pós-parto, desde que o paciente seja classificado como ASA I ou II e tenha até 65 anos de idade.
 - a. As complicações, mencionadas no item IV, acima, estarão amparadas por este seguro, desde que:
 - i. Gestação de feto único.
 - ii. O parto seja precedido de pré-natal regularmente realizado pela Instituição de Saúde Segurada ou por outra Instituição de Saúde, desde que mediante a apresentação das duas últimas ultrassonografias morfológicas.
 - iii. O parto seja realizado entre 37 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação;

IV. Complicações decorrentes de intercorrências clínicas ou cirúrgicas que ocorram durante a realização de um ou mais procedimentos de cirurgia plástica ou em até 72 (setenta e duas) horas, após a alta médica dos procedimentos plásticos cobertos. Estarão amparados por este seguro procedimentos plásticos únicos ou combinados, mais de um procedimento, com duração máxima de 3 (três) horas, desde que o procedimento tenha sido realizado por um médico com título de especialista ou certificado na área de atuação do procedimento realizado, o paciente seja classificado como ASA I ou II e tenha até 65 anos de idade.

V. Para fins desta cláusula, deverão ser observados os itens abaixo:

- a. A classificação da ASA do paciente poderá ser verificada no anexo I;
- b. A classificação do Porte Anestésico do procedimento será o vigente, à época do sinistro, na Tabela CBHPM.

7. DESPESAS COBERTAS

Observados os limites de indenização, coberturas e demais condições deste Seguro, consideram-se despesas cobertas, **exclusivamente durante a internação para tratamento das complicações decorrentes das intercorrências dos eventos cobertos, e, após a caracterização do evento coberto**, as despesas incorridas com:

- a. Diárias de internação do usuário, em apartamento, que compreenda quarto individual, com banheiro privativo e direito a acompanhante, ou qualquer coletivo, compatível com o pacote contratado pelo usuário para o procedimento.
- b. Serviços complementares de diagnose ou terapia, indispensáveis ao controle da evolução clínica do usuário;
- c. Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões de sangue e derivados e demais recursos terapêuticos;
- d. Taxas de sala de cirurgia, inclusive material utilizado e esterilização, de acordo com o porte cirúrgico;
- e. Serviços gerais de enfermagem, exceto em caráter particular;
- f. Utilização de leitos especiais, monitores e toda a aparelhagem e material, indispensáveis ao tratamento;
- g. Unidade de Terapia Intensiva ou isolamento, **quando determinado pelo médico assistente**;
- h. Alimentação específica ou normal, fornecidas pelo Segurado;
- i. Acomodação e alimentação fornecidas pelo Segurado, ao acompanhante de usuário menor de 18 (dezoito) anos;
- j. Nos casos cirúrgicos, os honorários do médico assistente e seus auxiliares e de anestesistas;
 - a) Só serão admitidos, por evento, honorários médicos com mais de um médico assistente, por especialidade, nos casos justificados por relatório do médico assistente principal;
- k. Nos casos clínicos, os honorários médicos relativos à uma visita hospitalar por dia;
- l. Nos casos de cirurgias, os honorários fixados incluem assistências pré e pós-operatória.

- m. No caso de recém-nascido de parto coberto, estarão cobertas as despesas com honorários de pediatra, diárias de berçário e CTI ou UTI do recém-nascido, bem como medicamentos e materiais indispensáveis ao seu tratamento.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

- 8.1. PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NA CLASSE DE PORTE ANESTÉSICO 0 (ZERO) E/OU 1 (UM) E/OU 2 (DOIS) E CLASSE DE ASA I OU II, COM EXCEÇÃO DO PARTO REALIZADO NOS TERMOS DO ITEM III DA CLÁUSULA 6;**
- 8.2. PROCEDIMENTOS DE PARTO FORA DOS PARÂMETROS ESTABELECIDOS PELO ITEM III DA CLÁUSULA 6;**
- 8.3. PROCEDIMENTOS COMBINADOS, MAIS DE UM PROCEDIMENTO, QUE TENHAM DURAÇÃO SUPERIOR A 3 (TRÊS) HORAS.**
- 8.4. PROCEDIMENTOS DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA, QUE NÃO ESTEJAM ASSOCIADOS A PROCEDIMENTOS ELETIVOS E PARTICULARES COBERTOS PELO PRESENTE SEGURO;**
- 8.5. PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE SEM O TÍTULO DE ESPECIALISTA OU CERTIFICADO NA ÁREA DE ATUAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO;**
- 8.6. PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM PACIENTES A PARTIR DE 66 ANOS;**
- 8.7. PROCEDIMENTOS CUSTEADOS POR OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE;**
- 8.8. PARTO OCORRIDO ANTES DA 36ª e após a 40ª SEMANA DE GESTAÇÃO, COMPROVADOS POR PELO MENOS DUAS ULTRASSONOGRÁFIAS MORFOLÓGICAS;**
- 8.9. GESTAÇÃO DE MAIS DE UM FETO.**
- 8.10. PARTO OCORRIDO A QUALQUER TEMPO, SEM PRÉVIA REALIZAÇÃO DE PRÉ NATAL;**
- 8.11. COMPLICAÇÕES APÓS 72 (SETENTA E DUAS) HORAS CONTADAS DA ALTA MÉDICA;**
- 8.12. HONORÁRIOS NÃO PREVISTOS NA CLÁUSULA 7. DESPESAS COBERTAS;**
- 8.13. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE ERRO OU OMISSÃO COMETIDO NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE;**
- 8.14. COMPLICAÇÕES DECORRENTES DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE EQUIPARÁVEL AO DOLO PRATICADOS PELO GARANTIDO/SEGURADO, PELOS SÓCIOS CONTROLADORES DA EMPRESA SEGURADA, SEUS DIRIGENTES E ADMINISTRADORES LEGAIS E PELOS BENEFICIÁRIOS OU REPRESENTANTES LEGAIS DE CADA UMA DESTAS PARTES;**
- 8.15. TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS NÃO ÉTICOS OU ILEGAIS;**
- 8.16. TRATAMENTOS E CIRURGIAS EXPERIMENTAIS, EXAMES E MEDICAMENTOS AINDA NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;**
- 8.17. ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E DA PRÁTICA, POR PARTE DO USUÁRIO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI;**
- 8.18. CONSULTAS, EXAMES E OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES NÃO REALIZADOS EM REGIME DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR;**

- 8.19. ENFERMAGEM EM CARÁTER PARTICULAR, SEJA EM REGIME HOSPITALAR OU DOMICILIAR, BEM COMO REABILITAÇÃO FÍSICA EM GERAL;
- 8.20. ALUGUEL E AQUISIÇÃO DE APARELHOS ESTÉTICOS OU PROTÉTICOS, INCLUINDO LENTE INTRAOCULAR, ÓCULOS, APARELHOS ORTOPÉDICOS, ORTOFÔNICOS, VÁLVULAS, PRÓTESES E ÓRTESES DE QUALQUER NATUREZA;
- 8.21. DESPESAS DE ALIMENTAÇÃO PARA ACOMPANHANTES DE USUÁRIO MAIOR DE 18 DEZOITO ANOS, MESMO QUE DECORRENTE DE EVENTO COBERTO;
- 8.22. DESPESAS NÃO RELACIONADAS DIRETAMENTE COM O TRATAMENTO MÉDICO-HOSPITALAR DO USUÁRIO OU QUE NÃO OBEDEÇAM AOS LIMITES E DEMAIS CONDIÇÕES DO SEGURO CONTRATADO, INCLUSIVE LIGAÇÕES TELEFÔNICAS E MATERIAL DE TOALETE E PERFUMARIA EM GERAL;
- 8.23. CONSULTAS MÉDICAS, EXAMES EM GERAL E EXAMES COMPLEMENTARES E OUTROS PROCEDIMENTOS MÉDICO-HOSPITALARES, DE QUALQUER NATUREZA, PARA FINS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, CHECK UP DECORRENTES DE EVENTOS NÃO COBERTO;
- 8.24. ABORTO PROVOCADO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
- 8.25. NECROPSIAS ;
- 8.26. REMOÇÃO AÉREA, MARÍTIMA E/OU TERRESTRE;
- 8.27. OUTRAS DESPESAS, ALÉM DAS ENUMERADAS NOS SUBITENS ACIMA, PODERÃO SER EXCLUÍDAS DAS COBERTURAS DO SEGURO, CASO EM QUE SERÃO, ESPECIFICAMENTE, RELACIONADAS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS E PARTICULARES DA APÓLICE.

9. LIMITE MÁXIMO DE INDENIZAÇÃO (LMI)

- 9.1. Refere-se ao limite total de responsabilidade da Seguradora, devidamente especificado na apólice, por qualquer indenização securitária, observada(s) a(s) cobertura(s) contratada(s).
- 9.2. O valor do LMI é **obtido pela aplicação de um múltiplo**, a ser definido pelo Segurado no contrato, observada a capacidade de assunção do risco pela Seguradora, **sobre o valor do procedimento original**, ELETIVO e PARTICULAR e demais especificações descritas na Cláusula 6. Coberturas, deste contrato, descontado o valor da franquia contratada.
- 9.3. Cabe exclusivamente ao Segurado a escolha do LMI em cada cobertura, respeitadas as limitações de valores disponíveis no plano.
- 9.4. Não há reintegração do Limite Máximo de Indenização das coberturas contratadas.
- 9.5. Os Limites Máximos de Indenização estabelecidos para coberturas distintas são independentes, não se somando nem se comunicando.

10. FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)

Este Seguro é contratado **COM FRANQUIA E/OU PARTICIPAÇÃO OBRIGATÓRIA DO SEGURADO (POS)**, por risco segurável, conforme percentuais e/ou valores definidos no Contrato, **salvo** menção em contrário na Apólice.

11. VIGÊNCIA

- 11.1. O seguro é válido por 01 (um) ano**, desde que aceito pela Seguradora pelo período contratado, a partir das 24 horas da data indicada na apólice como início de vigência e cessa às 24 horas da data indicada na apólice como final de vigência.
- 11.1.1. Os riscos seguráveis**, procedimentos cirúrgicos ELETIVOS e PARTICULARES, com Porte Anestésico e ASA, Partos e Procedimentos Plásticos, devidamente estipulados na Cláusula 6. Coberturas, destas condições gerais, desde que devidamente informados à Seguradora, através das movimentações, averbações, **têm sua vigência iniciada na data do procedimento cirúrgico e seu término às 72 (setenta e duas) horas após alta médica relativa ao procedimento coberto por este seguro.**
- 11.2. Em nenhuma hipótese** poderá ser contratado apólice com período de vigência **inferior** ou **superior**, a 01 (um) ano.
- 11.3.** Não havendo pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da Apólice será a data de aceitação da proposta ou data distinta, mediante prévio acordo entre Segurado e Seguradora.
- 11.4.** Caso a proposta seja recepcionada pela Seguradora, com adiantamento para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência, será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

12. RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 12.1. A Apólice não poderá ser renovada automaticamente**, devendo o Segurado encaminhar proposta renovatória, à Seguradora, pelo menos 15 (quinze) dias antes do término da vigência da Apólice.
- 12.2.** A proposta renovatória obedecerá às normas específicas de "ACEITAÇÃO DO RISCO", mas o início da vigência da Apólice coincidirá com o dia e o horário de término do presente Seguro.
- 12.3. NO CASO DE O SEGURADO SUBMETTER A PROPOSTA RENOVATÓRIA EM DESACORDO COM O PRAZO ESTABELECIDO ACIMA, A SEGURADORA PODERÁ FIXAR, EM CASO DE ACEITAÇÃO, A DATA DE INÍCIO DA VIGÊNCIA DO NOVO CONTRATO DIFERENTEMENTE DA DATA DO TÉRMINO DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO.**

13. ACEITAÇÃO DO RISCO

- 13.1.** A contratação deste Seguro deverá ser feita por meio de questionário e proposta que contenham os elementos essenciais à análise para aceitação ou recusa dos riscos propostos. Deverá, também, contemplar, a informação da existência de outros Seguros cobrindo os mesmos interesses. Os documentos deverão ser assinados pelo Segurado, por seu representante legal ou corretor de seguros habilitado.
- 13.2.** A Seguradora terá o **prazo máximo de 15 (quinze) dias** corridos para aceitar ou recusar o risco, contado da data do recebimento da proposta de (i) contratação, (ii) de renovação ou (iii) de Endosso em função de modificação do risco, devidamente assinada pelo Segurado, por seu representante legal ou seu corretor de seguros habilitado.

- 13.2.1.** A aceitação da proposta será automática, caso esta Seguradora não se manifeste no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados a partir do recebimento da mesma.
- 13.3.** A solicitação de documentos **complementares** para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita **apenas uma vez**, durante o prazo previsto para aceitação, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para a avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 13.4.** No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou de alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará **suspenso**, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 13.5.** Caso a aceitação do risco dependa de contratação ou alteração de cobertura de **Resseguro Facultativo**, o prazo de 15 (quinze) dias acima ficará suspenso até que o Ressegurador se manifeste formalmente, devendo tal suspensão ser expressamente comunicada ao Segurado e/ou Corretor e/ou Representantes Legais do Segurado.
- 13.6.** Em caso de **não aceitação da proposta**, a Seguradora enviará carta formal com as devidas justificativas da recusa.
- 13.7.** Em caso de recusa de proposta com adiantamento de pagamento de prêmio, dentro dos prazos previstos nos itens anteriores, a cobertura prevalecerá por mais dois dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu Representante ou Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.
- 13.7.1.** O valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pró rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 13.7.2.** Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo supra estipulado, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização será paga deduzindo-se dela o total do prêmio do Seguro devido por um ano de vigência da Apólice.
- 13.7.3.** O simples recebimento do valor parcial ou total do prêmio não implica em aceitação do Seguro. Caso a proposta seja recusada pela Seguradora, esta devolverá ao Segurado o prêmio eventualmente recebido.
- 13.7.4.** Se a restituição for feita posteriormente à data de formalização da recusa, o valor restituído estará sujeito à atualização com base no IPCA/IBGE (ou outro índice que o venha a suceder), calculado da data da formalização da recusa até a da restituição efetuada.
- 13.8.** Se a restituição for feita após 10 (dez) dias da formalização da recusa, além da atualização acima, incidirá o juro de mora definidos na cláusula de mesmo nome, destas Condições Gerais.
- 13.9.** A emissão da Apólice ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

14. INSPEÇÕES

- 14.1.** A Seguradora se reserva o direito de realizar inspeção nas instalações do Segurado, ficando entendido e acordado que entre a data dessa solicitação e sua realização, ficarão suspensos os 15 (quinze) dias previstos para análise da aceitação do risco.
- 14.2.** Fica ainda acordado, que para fins de aceitação do Seguro proposto, a Seguradora se reserva o direito de requerer adequações nos sistemas de prevenção, proteção ou processos aos quais estejam relacionados à cobertura do Seguro, o que será feito por escrito e estipulando-se prazo hábil para execução de tais providências, notadamente com relação a programas de prevenção de infecções hospitalares.
- 14.3.** Em caso de eventual **sinistro**, **não** tendo havido as **adequações** requeridas, a Seguradora ficará **desobrigada** do pagamento de qualquer **indenização**.

15. ALTERAÇÃO DE RISCOS E VALORES

- 15.1.** O Segurado, em qualquer tempo, poderá subscrever nova proposta ou solicitar emissão de Endosso, para alteração de Limite Máximo de Indenização, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, ou não e a alteração do prêmio, quando couber.
- 15.2.** Alterações deste contrato de seguro somente poderão ser feitas mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros habilitado, sendo que a proposta escrita à seguradora deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
- 15.2.1.** A seguradora deverá fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique o recebimento da proposta, com indicação da data e hora de recebimento.
- 15.2.2.** Após a análise técnica necessária, a seguradora emitirá o endosso correspondente, fato que poderá gerar cobrança de prêmio adicional ou restituição parcial do prêmio cobrado, com base no período de vigência restante.
- 15.3.** Em caso de aceitação pela Seguradora, do aumento de Limite Máximo de Indenização, durante a vigência da Apólice ou por ocasião da sua Renovação, conforme mencionado no item acima, será utilizado o critério restritivo, ou seja, será aplicado o novo limite apenas para os sinistros que venham a ocorrer a partir da data de sua implementação.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 16.1. A IMPORTÂNCIA DO PRÊMIO SERÁ INDICADA PELA SEGURADORA, NA FATURA DE PRÊMIOS, UTILIZANDO-SE OS MEIOS DE PAGAMENTO DISPONÍVEIS E ACEITOS PELA SEGURADORA NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**
- 16.1.1. A EMISSÃO DO FATURAMENTO BASEAR-SE-Á NA MOVIMENTAÇÃO, AVERBAÇÃO, DE USUÁRIOS QUE DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE INFORMADA PELO SEGURADO ATÉ A DATA ESTABELECIDADA NO CONTRATO, NOS TERMOS E CONDIÇÕES DEFINIDOS NO MESMO.**
- 16.1.2.** O Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) incide sobre o prêmio, inclusive emolumentos.

- 16.1.3.** O prêmio do Seguro terá o seu pagamento efetuado por meio de documento de cobrança emitido pela Seguradora, onde constarão, pelo menos, os seguintes elementos, independentemente de outros exigidos pelas normas em vigor:
- I. A identificação do Segurado;
 - II. O valor do prêmio;
 - III. A data de emissão e o número da proposta de Seguro; e
 - IV. A data limite para o pagamento.
- 16.1.4.** A Seguradora encaminhará os documentos acima aludidos diretamente ao Segurado ou ao seu Representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um daqueles, ao Corretor intermediário da contratação do Seguro, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.
- 16.1.5.** A data limite para o pagamento do prêmio será, no máximo, de 30 (trinta) dias da emissão da apólice ou endosso, respeitado o prazo previsto no subitem precedente.
- 16.1.6.** Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio estipulado na Cláusula 16.1.5, sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, contudo, a indenização somente será devida após o pagamento do prêmio.
- 16.1.7.** Se o Segurado, ou o seu Representante, ou o Corretor que eventualmente intermediar a operação, não receberem o documento de cobrança no prazo aludido no subitem 16.1.4, deverão ser solicitadas de forma registrada, à Seguradora, instruções para efetuar o pagamento antes da data limite.
- 16.1.8.** Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte, em que houver expediente bancário.
- 16.2. DECORRIDA A DATA DE VENCIMENTO DO PRÊMIO, SEM QUE TENHA SIDO QUITADO O RESPECTIVO DOCUMENTO DE COBRANÇA, PELO SEGURADO, O CONTRATO OU ADITAMENTO A ELE REFERENTE FICARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL, NÃO TENDO O SEGURADO DIREITO A QUALQUER COBERTURA, NOS TERMOS DO ART. 763, DO CÓDIGO CIVIL.**
- 16.2.1.** O não pagamento de uma averbação poderá acarretar a proibição de novas averbações, porém os riscos seguráveis referentes aos prêmios já pagos continuam com cobertura até o fim da vigência prevista por estas condições gerais.
- 16.3. NA HIPÓTESE DE CANCELAMENTO DO SEGURO, O VALOR EVENTUALMENTE DEVIDO A TÍTULO DE DEVOLUÇÃO DE PRÊMIO DEVERÁ SER ATUALIZADO PELA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE, A PARTIR DA DATA DE RECEBIMENTO DA SOLICITAÇÃO DE CANCELAMENTO OU DA DATA DO EFETIVO CANCELAMENTO, SE O MESMO OCORRER POR INICIATIVA DA SEGURADORA.**
- 16.3.1.** No caso de **extinção** dos índices mencionados neste contrato de seguro, deverá ser utilizado o IGP-M/FGV ou na sua ausência o que vier a substituí-lo.

17. JUROS DE MORA

Este Contrato prevê a aplicação de juros de mora praticados pelo mercado financeiro, calculado mês a

mês, além do índice de atualização de valores, conforme a cláusula “ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS”.

18. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

18.1. Informar à Seguradora a movimentação dos procedimentos cirúrgicos passíveis de cobertura a serem realizados, nos termos, prazos e condições previstos no contrato.

18.1.1. Os procedimentos mencionados nos itens acima, apenas serão considerados como eventos passíveis de cobertura, se notificados à Seguradora até a data estabelecida no contrato, nos termos e condições definidos no mesmo. Não serão aceitos por esta apólice riscos retroativos, salvo acordo em contrário, devidamente registrado, entre Segurado e Seguradora.

18.1.2. A relação de procedimentos a ser fornecida pela Instituição de Saúde Segurada é de responsabilidade da mesma, sendo aplicada as condições gerais no momento da regulação do sinistro.

18.2. A Instituição de Saúde Segurada deverá fornecer à Seguradora, adicionalmente à relação de procedimentos, pelos meios previstos no contrato, todas as informações necessárias para análise, aceitação e cobertura do risco, incluindo dados cadastrais dos Usuários abrangidos pela cobertura contratada, QUANDO DA INTERNAÇÃO ELETIVA E PARTICULAR DOS MESMOS;

18.2.1. Em atendimento à legislação em vigor, os dados cadastrais dos Usuários devem conter:

- a. Nome completo;
- b. Numero de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, CPF;
- c. Natureza e número do documento de identificação, com o órgão expedidor e data da expedição;
- d. Endereço completo (logradouro, número da residência, complemento (se houver), bairro, cidade, UF e CEP.
- e. Número de telefone;
- f. Natureza do procedimento;
- g. Código do procedimento;
- h. Porte anestésico do procedimento
- i. Classificação da ASA do paciente;
- j. Valor total do procedimento
- k. Data da internação eletiva e particular

18.3. A Seguradora reserva-se o direito de exigir, do Segurado, exame médico do Usuário, antes de aceitar os respectivos riscos seguráveis. A aceitação sem essa exigência prévia, não exclui a possibilidade de serem requeridos esclarecimentos às entidades ou médicos que tenham atendido o Usuário, a qualquer época.

18.4. Manter a **Seguradora** informada a respeito dos **Usuários**, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

18.5. Comunicar **de imediato** à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de sinistro referente aos Usuários;

- 18.5.1. Fornecer, em qualquer tempo, toda a documentação e informação solicitada pela Seguradora, relacionada com o sinistro.**
- 18.5.2. Permitir à Seguradora a prática de auditoria médico-legal na documentação clínica e demais documentos relacionados com o atendimento ao Usuário, assim como a aplicação, utilização e documentação do processo de consentimento informado, antes da aceitação da proposta, ou, em qualquer tempo, durante a vigência da Apólice;**
- 18.6. Pagar em dia os prêmios do Seguro fixados nos documentos de cobrança da Seguradora ou outra forma pactuada, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- 18.7. O não cumprimento, por parte do Segurado, das obrigações e normas estabelecidas na cláusula 18, bem como previstas nestas condições como um todo, poderá acarretar a rescisão do Contrato de Seguro, consoante a análise procedida pela Seguradora, com a consequente não cobertura.**

19. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1.** O Segurado deverá, sob pena de perda do direito à indenização prevista neste Contrato, comunicar, por escrito, à Seguradora, tão logo tome conhecimento sobre complicação(ões) e/ou intercorrência(s) médica(s) originada(s) do **procedimento original** (eletivo e particular, com Porte Anestésico e ASA, Partos e Procedimentos Plásticos, devidamente estipulados na cláusula 6. Coberturas, destas condições gerais)). Tal comunicação será considerada um Aviso de Sinistro para os fins deste Contrato de Seguro.
- 19.1.1.** Para o processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado deverá, fornecer à Seguradora, por ocasião do Aviso de Sinistro, **os seguintes documentos/informações, relacionados, especificamente, à(s) complicação(ões) e/ou intercorrência(s) médica(s) originada(s) do procedimento original** (eletivo e particular, com Porte Anestésico e ASA, Partos e Procedimentos Plásticos, devidamente estipulados na cláusula 6. Coberturas, destas condições gerais):
- I.** Prontuário médico completo ou relatório do médico assistente, declarando o nome do paciente, diagnóstico, tratamento efetuado, data do atendimento, tempo de permanência no hospital e data da alta hospitalar;
 - II.** Comprovantes relativos aos serviços de exames laboratoriais, de radiodiagnósticos e serviços auxiliares, acompanhados do pedido do médico do assistente;
 - III.** Conta hospitalar da intercorrência discriminando materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade, juntamente com notas fiscais, faturas ou recibos do Hospital;
 - IV.** Recibos ou guias de honorários dos médicos assistentes, auxiliares e outros, discriminando as funções e o evento a que se referem e, se for o caso, a duração do ato anestésico;
 - V.** Para as coberturas referentes a marca-passo, próteses cardíacas e órteses cardíacas, o reconhecimento das despesas será feito mediante a apresentação dos recibos e notas fiscais, exames e justificativas médicas que determinaram a implantação dos

aparelhos em questão, bem como outros documentos necessários a sua efetiva comprovação.

- VI. Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos, ficando o prazo de 30 (trinta) dias para indenização suspenso.
- VII. Contrato assinado pelo paciente, com detalhamento do pacote cirúrgico, discriminando inclusive materiais e medicamentos consumidos, com preço por unidade.
- VIII. Declaração assinada pelo paciente alegando estar ciente de que a Instituição de saúde não poderá cobrá-lo, por despesas médicas hospitalares que excedam ao valor do pacote contratado, até limite máximo de indenização contratado.

19.2. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como **risco coberto** por estas condições.

19.2.1. A Seguradora poderá, a seu critério, solicitar exames periciais a fim de dirimir eventuais dúvidas quanto a quaisquer eventos, ficando, nesse caso, o pagamento da indenização, sujeito ao resultado dos referidos exames.

19.2.2. Fica reservado à Seguradora recusar o pagamento de indenizações que não se enquadrem na cobertura e nas condições do seguro contratado.

19.3. **O Aviso de Sinistro e os respectivos documentos aqui estabelecidos deverão ser apresentados, pelo Segurado, à Seguradora, tão logo se tome conhecimento, durante o procedimento cirúrgico ou em até 72 (setenta e duas horas) da alta hospitalar, decorrente do procedimento coberto, à qualquer título, da(s) complicação(ões) e/ou intercorrência(s) médica(s).**

19.4. O pagamento da indenização, objeto deste seguro, quando devido, será efetuado diretamente ao Segurado, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados do recebimento da totalidade das informações e documentos solicitados pela Seguradora, nos termos da presente Cláusula.

19.4.1. Caso a indenização não seja paga, no prazo de 30 (dias) acima previsto, os valores relativos à mesma passarão a se sujeitar à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE.

20. DIVERGÊNCIA DE NATUREZA MÉDICA

20.1. Se existirem divergências e dúvidas de natureza médica sobre as coberturas previstas no presente seguro, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

20.2. 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.

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

20.4. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21. PERDA DE DIREITO AO SEGURO

21.1. O Segurado **perderá** o direito a qualquer indenização securitária decorrente do presente Contrato de Seguro quando:

21.1.1. Deixar de comunicar à Sociedade Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

21.1.1.1. Feita a comunicação, a Seguradora poderá, dentro do prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao do recebimento do aviso de agravamento do risco, optar pela rescisão do Contrato, que se tornará eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, ou pela continuidade do Seguro, com cobrança adicional do prêmio, sendo que, na primeira hipótese, devolverá, no prazo de 10 (dez) dias, a diferença do prêmio correspondente ao tempo restante de vigência da Apólice. Não devolvido o prêmio neste prazo, o valor a ser restituído será atualizado pelo índice definido neste Contrato para tal fim.

21.1.2. O SEGURADO, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE LEGAL OU CORRETOR DE SEGUROS, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO, PERDERÁ O DIREITO À GARANTIA, ALÉM DE FICAR OBRIGADO AO PRÊMIO VENCIDO.

21.1.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, seu Representante Legal ou do seu Corretor de Seguros, a Seguradora poderá:

a. Na hipótese de NÃO ocorrência do sinistro:

- i. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;**

b. Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral:

- i. Cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;**
- ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.**

c. Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

- 21.1.3.** Agravar intencionalmente o risco ou quando este ou o Segurado deixar de cumprir (i) qualquer das suas obrigações previstas nas condições gerais como um todo ou (ii) as normas legais em vigor, em especial, aquelas contidas nos artigos 765, 766 e 768 do Código Civil.
 - 21.1.4.** Houver tentativa de obter benefícios ilícitos deste Seguro.
 - 21.1.5.** Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas no questionário ou qualquer outro documento necessário para a avaliação do risco antes de sua contratação.
 - 21.1.6.** Houver fraude ou tentativa de fraude, declarações falsas, provocação ou simulação do sinistro, assim como agravação intencional para receber indenização.
 - 21.1.7.** O Segurado deixar de cumprir o descrito na Cláusula 19 Regulação e Liquidação de Sinistro, da Condição Geral;
 - 21.1.8.** Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências;
 - 21.1.9.** Não cumprimento das medidas protecionistas de riscos apresentadas formalmente pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, medidas estas que deverão constar das especificações do Contrato de Seguro;
- 21.2.** Em caso de agravamento do risco SEM CULPA do Segurado, este, logo que saiba, fica obrigado a comunicar à Seguradora qualquer fato ou circunstância que venha a agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia;
- 21.3.** O Segurado perderá, ainda, o direito ao Seguro, no caso de inobservância destas Condições Gerais e contratuais.

22. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

- 22.1.** O Segurado está obrigado a declarar, na proposta de contratação ou em adendo a ela, a existência de qualquer outra apólice em vigor, bem como propostas pendentes de aceitação que tenham finalidade semelhante à desta.
- 22.2.** O Segurado que, na vigência do contrato, pretender obter novo Seguro contra os mesmos riscos, deverá comunicar a sua intenção, previamente, por escrito, a todas as Seguradoras envolvidas, sob pena de perda de direito.
- 22.3.** O prejuízo total, relativo a qualquer sinistro amparado por cobertura contratada nesta Apólice, será constituído pela soma das despesas cobertas, previamente descritas na Cláusula 7, destas condições gerais.
- 22.4.** A indenização relativa a qualquer sinistro não poderá exceder, em hipótese alguma, o valor do prejuízo vinculado à cobertura considerada.
- 22.5.** Na ocorrência de sinistro contemplado por coberturas concorrentes, ou seja, que garantam os mesmos interesses contra os mesmos riscos, em Apólices distintas, a distribuição de responsabilidade entre as Seguradoras envolvidas deverá obedecer às seguintes disposições:

- 22.5.1.** Será calculada a indenização individual de cada cobertura como se o respectivo Contrato fosse o único vigente, considerando-se, quando for o caso, franquias, Limite Máximo de indenização da cobertura e cláusulas de rateio;
- 22.5.2.** Será calculada a “indenização individual ajustada” de cada cobertura, na forma abaixo indicada:
- I.** Se, para uma determinada Apólice, for verificado que a soma das indenizações correspondentes às diversas coberturas abrangidas pelo sinistro é maior que seu respectivo Limite Máximo de Indenização, a indenização individual de cada cobertura será recalculada, determinando-se, assim, a respectiva indenização individual ajustada. Para efeito deste recálculo, as indenizações individuais ajustadas relativas às coberturas que não apresentem concorrência com outras Apólices serão as maiores possíveis, observados os respectivos prejuízos e Limites Máximos de Indenização. O valor restante do Limite Máximo de Indenização da Apólice será distribuído entre as coberturas concorrentes, observados os prejuízos e os Limites Máximos de Indenização destas coberturas.
 - II.** Caso contrário, a “indenização individual ajustada” será a indenização individual, calculada de acordo com o item 22.5.1. desta cláusula.
- 22.5.3.** Será definida a soma das indenizações individuais ajustadas das coberturas concorrentes de diferentes Apólices, relativas aos prejuízos comuns, calculadas de acordo com o item 22.5.2. desta cláusula;
- 22.5.4.** Se a quantia a que se refere o item 22.5.3. for igual ou inferior ao prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com a respectiva indenização individual ajustada, assumindo o Segurado a responsabilidade pela diferença, se houver;
- 22.5.5.** Se a quantia estabelecida no item 22.5.3. for maior que o prejuízo vinculado à cobertura concorrente, cada sociedade Seguradora envolvida participará com percentual do prejuízo correspondente à razão entre a respectiva indenização individual ajustada e a quantia estabelecida naquele inciso.

23. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES CONTRATADOS

- 23.1.** Fica expressamente pactuado o Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) para atualização, quando couber, de todos os valores contratados, inclusive a franquia e eventuais importâncias a serem pagas, devolvidas ou complementadas, observadas as disposições específicas de cada cláusula desta Apólice. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o Índice que venha a sucedê-lo, em substituição ao previsto nesta cláusula.
- 23.2.** A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

- 23.3.** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.
- 23.4.** Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- 23.4.1.** No caso de cancelamento do Contrato, por iniciativa do Segurado: a data do recebimento da solicitação de cancelamento;
 - 23.4.2.** No caso de cancelamento do Contrato por iniciativa da Seguradora: a data do efetivo cancelamento;
 - 23.4.3.** No caso de recebimento indevido de prêmio: a data de recebimento do prêmio;
 - 23.4.4.** No caso de recusa da proposta: a data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 23.5.** Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, considerando-se as seguintes datas de exigibilidade:
- 23.5.1.** A data da ocorrência do evento, sempre limitados ao valor da indenização definida em sentença transitada em julgado ou em acordo judicial ou extrajudicial, mais os acréscimos legais, no caso de pagamento feito diretamente pela Seguradora ao Terceiro;
 - 23.5.2.** A data do efetivo dispêndio pelo Segurado, para as coberturas correspondentes a reembolso de indenizações ou despesas efetuadas.
- 23.6.** Fica desde já entendido e acordado que o limite máximo de indenização previsto na apólice não está sujeito a qualquer tipo de ajuste ou correção.

24. REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Buscando manter o equilíbrio técnico-atuarial do Seguro, a Seguradora poderá, em qualquer data ou período, reavaliar o prêmio com base nos resultados anteriores da Apólice, de acordo com os critérios constantes da Nota Técnica Atuarial do Seguro aprovada pela SUSEP e sempre que houver aumento expressivo do percentual de sinistro ou qualquer outra alteração significativa das características iniciais. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, às novas operações.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Segurado, somente poderão ser feitas mediante autorização expressa da seguradora que ficará responsável exclusivamente pelas informações contidas nas divulgações que tenham sido por ela previamente autorizadas.

26. TRANSFERÊNCIA DE APÓLICE

Estas Condições e seus eventuais Aditivos, bem como os direitos ora garantidos, não poderão ser transferidos ou cedidos, por qualquer forma.

27. SUB-ROGAÇÃO DE DIREITOS

- 27.1.** Efetuado pagamento de indenização e/ou reembolso, cujos recibos valerão como instrumento de cessão, a Seguradora ficará sub-rogada, em todos os direitos e ações do Segurado, até à soma dos valores indenizados, contra aqueles, que, por ato, fato ou omissão, tenham causado os danos ou para eles concorrido, obrigando-se o Segurado a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.
- 27.1.1.** A Seguradora não poderá se valer do instituto da sub-rogação contra o Segurado.
- 27.1.2.** Dolo, a sub-rogação não terá lugar se o dano tiver sido causado, por seus empregados, prepostos, ou pessoas pelas quais o mesmo for civilmente responsável;
- 27.1.3.** É ineficaz qualquer ato do segurado que diminua ou extingue, em prejuízo do segurador, os direitos a que se refere este artigo.

28. DOCUMENTOS DO SEGURO

- 28.1.** São documentos do presente Seguro a proposta com seus anexos e, quando for o caso, o respectivo questionário e a ficha de informações.
- 28.2.** Nenhuma alteração nesses documentos será válida se não for feita por escrito, receber concordância de ambas as partes contratantes e estar em conformidade com o disposto no tópico “Alteração do Risco”, destas Condições Gerais.
- 28.3.** Não é válida a presunção de que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos citados nesta Cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

29. CANCELAMENTO E RESCISÃO

- 29.1.** A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo, se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção, ou a qualquer tempo em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo por parte do Segurado.
- 29.2.** O cancelamento da Apólice poderá ocorrer, também, a qualquer tempo, nas seguintes hipóteses:
- Em caso de PERDA DE DIREITO AO SEGURO, conforme previsto na Cláusula 21 destas Condições.
 - QUANDO O SEGURADO NÃO ENCAMINHAR À SEGURADORA, NO PRAZO, FORMA E CONDIÇÕES DEFINIDOS NO CONTRATO, A MOVIMENTAÇÃO DE USUÁRIOS, IMPEDINDO, ASSIM, O FATURAMENTO DO PRÊMIO, PELA SEGURADORA.**
 - POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO, NO VALOR, FORMA E DATA DEVIDOS.**
- 29.3. POR RESCISÃO,** situação em que o **cancelamento** é feito mediante acordo entre as partes, , respeitados os riscos em curso, mediante aviso prévio de 5 (cinco) dias úteis, formulado, por escrito, por qualquer das partes, e observadas as seguintes condições:

- a. Na hipótese de rescisão, a pedido da Seguradora, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
 - b. Na hipótese de rescisão, a pedido do Segurado, a Seguradora a sociedade seguradora pode reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 29.4.** Em caso de cancelamento do Seguro, estarão cobertos os eventos ocorridos ou iniciados até o dia anterior à data desse cancelamento, desde que avisados à Seguradora tão logo tome conhecimento sobre complicação(ões) e/ou intercorrência(s) médica(s) originada(s) do **procedimento original** (eletivo e particular, com Porte Anestésico e ASA, Partos e Procedimentos Plásticos, devidamente estipulados na cláusula 6. Coberturas, destas condições gerais, limitado às 72 (setenta e duas) horas da alta hospitalar do procedimento coberto) a partir da data de cancelamento.

30. LEGISLAÇÃO APLICÁVEL

Os termos e condições deste Contrato de Seguro são regidos pelas leis brasileiras.

31. PRESCRIÇÃO

As ações que derivarem deste Contrato de Seguro, entre as partes vinculadas pela mesma, prescrevem de acordo com as disposições do Código Civil Brasileiro.

32. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas no foro do domicílio do Segurado.

33. ARBITRAGEM

Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste Contrato de Seguro, entre o Segurado e a Seguradora, é **FACULTADA** a adesão do Segurado à “Cláusula Compromissória de Arbitragem”, nos termos da Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996, que poderá ser feita mediante assinatura **em documento apartado** e devidamente esclarecido, o qual, uma vez assinado, fará parte integrante do presente Contrato de Seguro.

Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos os litígios com esta Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo Poder Judiciário, nos termos dos arts. 3º, §1º e 42, da lei 13105/15

34. OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

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

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed?

Todos os Segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos Segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

Como e onde recorrer?

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo: o nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

a) Pelo site: [www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/) e preencha o formulário.

b) Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

c) Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed - Ouvidoria
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - 8º andar
Cerqueira César - São Paulo – SP
CEP:01410-901

d) Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

e) Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP: 01410-901



Unimed Seguros Patrimoniais S.A. | CNPJ/MF: 12.973.906/0001-71 | Reg. SUSEP 01970
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César | CEP: 01410-901 | São Paulo - SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
www.segurosunimed.com.br