

**Condições  
Gerais**

# **UNIMED ACIDENTES PESSOAIS ESCOLAR**

---

**VIDA**



# Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Unimed Acidentes Pessoais Escolar** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger os seus Administradores e Diretores.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais que contemplam as coberturas para a proteção de seus executivos e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem este seguro.

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 cliente, 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](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria)



# SUMÁRIO

I. CONDIÇÕES GERAIS.....	5
1. OBJETIVO DO SEGURO .....	5
2. DEFINIÇÕES .....	5
3. COBERTURAS.....	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	10
5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES .....	12
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO .....	12
7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS .....	12
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	12
9. CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	14
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	14
11. CUSTEIO DO SEGURO .....	15
12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	15
13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS.....	16
14. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO .....	17
15. CAPITAL SEGURADO.....	17
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES .....	17
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	17
18. BENEFICIÁRIOS.....	23
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	24
20. CANCELAMENTO DO SEGURO .....	25
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	26
22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS.....	28
23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA .....	28
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.....	28
25. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO .....	29
26. PRAZOS PRESCRICIONAIS.....	30
27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO .....	30
28. COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA .....	30
29. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	30
30. FORO .....	31
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA).....	32
1. OBJETIVO.....	32
2. DEFINIÇÃO.....	32
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	32
4. DATA DO EVENTO .....	32
5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	32
6. CAPITAL SEGURADO.....	33
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	33
8. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO .....	34
9. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	38
10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA .....	38
11. CANCELAMENTO DA COBERTURA .....	38
12. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	39

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) .....	40
1. OBJETIVO.....	40
2. DEFINIÇÕES .....	40
3. CONCESSÃO DA COBERTURA .....	41
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	41
5. DATA DO EVENTO .....	42
6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO.....	42
7. CAPITAL SEGURADO.....	42
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	42
9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA .....	42
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA .....	43
11. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	43
IV. COMUNICAÇÃO.....	44

## I. CONDIÇÕES GERAIS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e Proposta de Adesão.

### 2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Aceitação do risco** é o ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.
- 2.2. Acidente** é o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.
- 2.3. 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 consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

#### **2.3.1. Incluem-se nesse conceito:**

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) 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;
- c) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- d) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;  
As lesões acidentais decorrentes de:
  - e) Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
  - f) Atentados e agressões, atos de legítima defesa;
  - g) Atos praticados por dever de solidariedade humana;
  - h) Choque elétrico e raio;

- i) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- j) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- k) Infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- l) queda n'água ou afogamento.

### 2.3.2. Não se incluem nesse conceito:

- a) **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;**
- b) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **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 LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.**
- d) **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, definida neste item.**

- 2.4. **Agravamento do Risco** é a circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.
- 2.5. **Âmbito Geográfico** é o termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de cobertura.
- 2.6. **Apólice** é o documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.
- 2.7. **Aviso de Sinistro** é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
- 2.8. **Beneficiário** é a pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.
- 2.9. **Capital Segurado** é o valor máximo determinado para cada uma das coberturas previstas nestas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro.

- 2.10. Carência** é o período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.
- 2.11. Certificado Individual** é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro. O documento contém as coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.
- 2.12. Cláusula de Cobertura Adicional** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- 2.13. 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, de eventuais Endossos e das Cláusulas Suplementares.
- 2.14. 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.
- 2.15. Condições Gerais** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.
- 2.16. Contrato** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações das partes;
- 2.17. Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante e/ou Subestipulante poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 2.18. Doenças, Lesões e Sequelas 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.
- 2.19. 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. Será considerado estipulante o estabelecimento de ensino ou sociedade mantenedora de um ou mais estabelecimentos de ensino que propõe a contratação do plano coletivo;
- 2.20. Evento Coberto** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.
- 2.21. Franquia** é a quantia fixa, definida na Apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições da Proposta de Contratação.

- 2.22. Grupo Segurado** é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, efetivamente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos nestas Condições Gerais.
- 2.23. Grupo Segurável** são os alunos regularmente matriculados e os funcionários que mantêm vínculo com o Estipulante.
- 2.24. Indenização** é o valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto.
- 2.25. Início de Vigência** é a data a partir da qual as coberturas de risco serão garantidas pela Seguradora.
- 2.26. 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.
- 2.27. Nota Técnica Atuarial** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.28. Prêmio** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.29. Proponente de Proposta de Adesão** é a pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;
- 2.30. Proponente de Proposta de Contratação** é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;
- 2.31. Proposta de Adesão** é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao Estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.32. Proposta de Contratação** é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade em contratar o seguro, na qualidade de Estipulante e/ou Subestipulante, em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais, nas Especiais e nas Cláusulas Suplementares.
- 2.33. Regime Financeiro de Repartição Simples** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados em um período considerado.
- 2.34. Reintegração** é a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice.
- 2.35. Risco** é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.



- 2.36. Riscos Excluídos** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.37. Segurado** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente aceita e incluída no seguro;
- 2.38. 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;
- 2.39. Sinistro** é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.
- 2.40. Subestipulante** é a pessoa física ou jurídica com vínculo junto ao Estipulante do seguro, que subcontrata em favor de grupo que a ela previamente se vincule, denominado subgrupo.
- 2.41. Término da vigência** é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

### **3. COBERTURAS**

- 3.1.** As coberturas disponíveis deste seguro dividem-se em Básica e Adicionais:

**3.1.1. Cobertura Básica:**

- 3.1.1.1.** Morte Acidental: garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de morte acidental do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

- 3.1.2. Coberturas Adicionais** – as seguintes coberturas somente podem ser contratadas em conjunto com a cobertura básica:

- 3.1.2.1.** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- 3.1.2.2.** Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

**3.2. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Cobertura Básica, as Coberturas Adicionais previstas no item 3.1.2 destas Condições Gerais.**

- 3.2.1.** O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a Básica obrigatória e as demais facultativas.
- 3.2.2.** As coberturas 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 de Cobertura Adicional e no Contrato.
- 3.2.3. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, a Importância Segurada será destinada exclusivamente à cobertura de reembolso das**

**despesas com o funeral dos mesmos**, e será paga mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

#### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

**4.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:**

- 4.1.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da 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;**
- 4.1.2. 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 humanitários em auxílio de outrem;**
- 4.1.3. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;**
- 4.1.4. Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Proposta de Contratação de seguro, ou do aumento do Capital Segurado quanto ao valor aumentado;**
- 4.1.5. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 4.1.6. Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**
- 4.1.7. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- 4.1.8. Prática por parte do Segurado, dos Beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;**
  - 4.1.8.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos Beneficiários**

e aos seus respectivos representantes.

- 4.1.9. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.10. Parto ou aborto e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.11. Choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.12. Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;**
- 4.1.13. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- 4.1.14. Doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- 4.1.15. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- 4.1.16. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- 4.1.17. 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, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;.**
- 4.1.18. Acidentes ocorridos em consequência 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;**
- 4.1.19. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**

**4.1.20. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e**

- 4.2. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 nestas Condições Gerais.**
- 4.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.**

**5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES**

- 5.1.** As indenizações por morte e por invalidez permanente decorrentes do mesmo acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência 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.

**6. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

- 6.1.** Este seguro abrange os acidentes decorrentes de eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.
- 6.2.** As eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

**7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS**

- 7.1.** Não haverá carência e franquia para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.
- 7.2.** O presente seguro não prevê a adoção de franquia.

**8. ACEITAÇÃO DO SEGURO**

**8.1. Aceitação da Proposta de Contratação**

- 8.1.1.** A contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente (Estipulante), seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 8.1.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 8.1.2.1.** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

- 8.1.2.2.** 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 **8.1.2.1**
- 8.1.3.** A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante e/ou Subestipulante, 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.
- 8.1.4.** Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 8.1.5.** Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.
- 8.1.6.** 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 **8.1.2**, nestas Condições Gerais.

## **8.2. Inclusão de Segurados**

- 8.2.1.** A Aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
- 8.2.2.** A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do Seguro.
- 8.2.3.** 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 no mês subsequente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante e/ou Subestipulante.
- 8.2.4.** Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início de vigência da cobertura individual, se encontrarem em:
- alunos e funcionários da escola estipulante: em boas condições de saúde e
  - funcionários, especificamente: em condições de exercer atividade laborativa.
- 8.2.5. 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. CERTIFICADO INDIVIDUAL**

- 9.1.** No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado.
- 9.2.** A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante e/ou Subestipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

## **10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

### **10.1. Vigência da Apólice do Seguro**

- 10.1.1.** O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Contratação.
- 10.1.2.** As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nelas indicadas.
- 10.1.3.** 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.
- 10.1.4.** Quando a Proposta de Contratação não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da aceitação da proposta pela Seguradora, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 10.1.5.** O início e término de vigência individual de cada Segurado vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos nestas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento, previstas nos itens **19** e **20** nestas Condições Gerais.

### **10.2. Vigência do Certificado Individual do Seguro**

- 10.2.1.** A vigência do seguro, desde que aceita a Proposta de Adesão, terá início:
  - 10.2.1.1.** Na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;
  - 10.2.1.2.** No 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;
  - 10.2.1.3.** Em outra data, se definida no Contrato.

### **10.3. Renovação do Seguro**

- 10.3.1.** A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Estipulante e/ou Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.
- 10.3.2.** A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, e/ou da Seguradora.
- 10.3.3.** Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante e/ou Subestipulante e aos Segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.
- 10.3.3.1.** A renovação expressa que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado.

## **11. CUSTEIO DO SEGURO**

- 11.1.** Para fins deste seguro, o custeio será:
- 11.1.1.** Não contributivo: em que os Segurados não pagam prêmio; ou
- 11.1.2.** Contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.
- 11.2.** A forma de custeio constará na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice, no Certificado e no Contrato.

## **12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS**

- 12.1.** É da responsabilidade do Estipulante e/ou Subestipulante 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 na Proposta de Contratação e na Apólice, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.
- 12.1.1.1.** Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

**12.1.1.2.** Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da Apólice.

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

**12.3.** Quando o Estipulante e/ou Subestipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido na Proposta de Contratação.

**12.4.** 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** nestas Condições Gerais.

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

**12.6.** É vedado ao Estipulante e/ou Subestipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante e/ou Subestipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

### **13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS**

**13.1.** O Estipulante e/ou Subestipulante, 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.

**13.1.1.** A falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, seja o Seguro contributivo ou não, não acarretará a suspensão automática das coberturas, que continuarão vigentes durante o período de inadimplência.

**13.1.2.** O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, conforme disposto do item **20.2.4**, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos.

**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, quando for o caso, seu abatimento da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s), com os encargos previstos no item **13.1** nestas Condições Gerais.



## **14. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO**

**14.1.** Considera-se como data do evento, para efeito da cobertura básica, a data do acidente.

**14.1.1.** Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento estará fixada nas respectivas Condições Especiais.

**14.2.** Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante e/ou Subestipulante, 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** nestas Condições Gerais.

## **15. CAPITAL SEGURADO**

O Capital Segurado de cada cobertura constará na Proposta de Adesão, na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e na Apólice, e será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

## **16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

**16.1.** Os Capitais Segurados de todas as coberturas 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. Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

**16.2.** Alternativamente ao critério de atualização previsto no item **16.1**, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial, proventos dos Segurados, acordo ou dissídio coletivo a ser definido na Proposta de Contratação.

**16.3.** Ficará definido na Proposta de Contratação o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens **16.1** e **16.2** nestas Condições Gerais.

**16.4.** 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.

**16.5.** Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

## **17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**17.1.** Observado o disposto no item **14**, nestas Condições Gerais, para o recebimento da indenização,

deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.

- 17.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, exceto as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 17.3.** Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.
- 17.4.** Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.
- 17.5.** O pagamento do Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em parcela única em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item **17.8** e seguintes, nestas Condições Gerais:
- a) Aviso de Sinistro (Formulário Seguros Unimed);
  - b) Declaração do Médico Assistente (ou para o caso do pedido de reembolso de despesas odontológicas a declaração deverá ser emitida pelo Dentista) indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e quando for o caso, com a assinatura do Segurado;
  - c) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
  - d) Autorização para crédito em conta corrente (modelo disponível no site Seguros Unimed);
  - e) Cópia da Certidão de Óbito;
  - f) Cópia do Laudo do I.M.L., em caso de morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente;
  - g) Cópia da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho) e do TC (Termo Circunstanciado) ou do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
  - h) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
  - i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
  - j) Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando for o caso;
  - k) Laudo de Perícia Técnica;
  - l) Documentos do(s) Beneficiário(s) e comprovante de residência em nome do(s) Beneficiário(s);
  - m) Declaração de Únicos Herdeiros firmada em cartório contendo 02 testemunhas consanguíneas do segurado (modelo disponível no site Seguros Unimed);

**17.6.** Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item **17.5** nestas Condições Gerais, deverão ser apresentados:

**17.6.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):**

- a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- b) Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
- c) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- d) Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
- e) Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

**17.6.2. Para a cobertura de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):**

**17.6.2.1. Consulta Médica e/ou Odontológica:** Recibo do médico e/ou dentista, ou Nota Fiscal quitada, da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- a) Nome do paciente;
- b) Data da consulta;
- c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
- d) Descrição do tipo de atendimento/especialidade;
- e) Dados do médico e/ou dentista: nome, CPF, CRM ou CRO, especialidade, assinatura e endereço completo.

**17.6.2.2. Exames Laboratoriais e Radiológicos:** pedido do médico assistente e/ou dentista, acompanhado da Nota Fiscal quitada da instituição que efetuou o atendimento, contendo:

- a) Nome do paciente;
- b) Data do atendimento;
- c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
- d) Nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem)

**17.6.2.3. Terapias realizadas em sessões:** obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:

- a) Diagnóstico;
- b) Tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
- c) Nome do paciente;
- d) Data do atendimento;
- e) Valor cobrado (numérico e por extenso);
- f) Descrição do tipo de atendimento; e
- g) Dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

**17.6.2.4. Despesas Hospitalares:**

- a) Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, data da ocorrência do evento, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
- b) Cópias dos laudos se forem realizados exames de imagem;
- c) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar, a qual deverá constar:
  - c.1) Nome do paciente;
  - c.2) Data do evento;
  - c.3) Período da internação;
  - c.4) Valor cobrado (numérico e por extenso);
  - c.5) Descritivo com valores (numérico e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;
  - c.6) Recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visitas hospitalares e demais honorários médicos e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura).

**17.6.2.5.** Comprovantes originais das despesas com medicamentos, acompanhada do pedido médico/prescrição (receituário com carimbo, CRM e CPF);

**17.6.2.6. Próteses e órteses, exclusivamente ligadas ao ato cirúrgico:**

- a) Relatório médico e/ou odontológico justificando a implantação da prótese e/ou órtese;
- b) Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição da prótese e/ou órtese.

**17.6.2.7.** No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão.

**17.6.2.8.** Documentos pessoais do(a) responsável pelo pagamento das despesas (RG/CPF e Comprovante de residência);

**17.6.2.9.** Autorização de Pagamento de Indenização (Formulário Seguros Unimed).

**17.6.2.10.** Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas para fins de pagamento.

**17.6.3. Documentos dos Beneficiários em caso de Morte:**

**17.6.3.1.** Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário:

- a) **Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
- b) **Se menor de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

**17.6.3.2.** Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário e inexistindo cláusula beneficiária que conste na Proposta de Contratação, mediante aplicação da previsão legal instituída no Código Civil Brasileiro:

- a) **Cônjuge:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada pós óbito e Comprovante de Residência;
- b) **Companheiro (a):** RG, CPF, Comprovante de Residência e:
  - b.1) **Se Segurado solteiro:**
    - Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas com firma reconhecida;
    - Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
    - Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que

comprove a moradia de ambos na mesma residência;

- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

**b.2) Se Segurado viúvo:**

- Certidão de Casamento do Segurado;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

**b.3) Se Segurado separado judicialmente:**

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) **Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) **Filhos menores de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) **Pais:** RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

**17.6.3.3.** Nas situações em que o Segurado não indicar seus Beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

**17.6.3.4.** Em caso de Beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

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

**17.8.** Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento. 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.

**17.9.** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **17.5** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

**17.10.** Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **17.5**, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

**17.10.1.** Juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;

**17.10.2.** Multa de 2% (dois por cento);

**17.10.3.** 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;

**17.10.4.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores da Proposta de Contratação.

## **18. BENEFICIÁRIOS**

**18.1.** Serão os beneficiários do seguro o próprio Segurado, nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, e de Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas. No

caso de Morte, será a pessoa indicada pelo Segurado para exercer essa condição, salvo menores de 14 anos conforme previsto no item **3.2.3**.

- 18.2.** Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.
- 18.3.** Não sendo indicado o Beneficiário, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com o que estabelece o art. 792 do Código Civil brasileiro.
- 18.4.** Se a Seguradora não for informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.
- 18.5.** No caso do Beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.
- 18.6.** É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo da Proposta de Contratação o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).
- 18.7.** Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 18.8.** A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

## **19. CESSAÇÃO DA COBERTURA**

**19.1.** A cobertura de cada Segurado cessará:

- 19.1.1.** Com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e/ou Subestipulante e Seguradora;
- 19.1.2.** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante e/ou Subestipulante;
  - 19.1.2.1.** Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante e/ou Subestipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante e/ou Subestipulante.
- 19.1.3.** Quando o Segurado Titular solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- 19.1.4.** Com o falecimento do Segurado Titular ou quando este vier a receber indenização por Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total);



- 19.1.5.** Automaticamente, se o Segurado, seus Representantes, 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;
- 19.1.6.** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus Representantes ou Beneficiários;
- 19.1.7.** Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item **20** nestas Condições Gerais.
- 19.1.8.** Em caso de pagamento de prêmio após a cessação da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

## **20. CANCELAMENTO DO SEGURO**

- 20.1.** A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 20.2.** A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:
  - 20.2.1.** Se houver dolo, culpa, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
  - 20.2.2.** Se o Estipulante e/ou Subestipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
  - 20.2.3.** Quando o Estipulante e/ou Subestipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
  - 20.2.4.** Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **13** nestas Condições Gerais.
  - 20.2.5.** Por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado;
    - 20.2.5.1.** Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de  $\frac{3}{4}$  do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da

solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente;

**20.3.** O Seguro também será cancelado:

**20.3.1.** 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;

**20.3.2.** Automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou representantes legais;

**20.3.3.** Por mútuo e expreso consenso entre o Segurado e a Seguradora e;

**20.3.4.** Automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

**20.3.5.** Se o segurado solicitar sua exclusão da apólice;

**20.3.6.** Quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

**20.4.** No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

**21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**21.1.** A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante e/ou Subestipulante obrigados ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes ou dos seus Beneficiários:

**21.1.1.** Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;

**21.1.2.** Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

**21.1.3.** 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;

**21.1.4.** Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e

**21.1.5.** Não fornecimento da documentação solicitada.

- 21.2.** A Seguradora não pagará qualquer indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.
- 21.3.** Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.
- 21.4.** É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 21.4.1.** Em caso de agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, 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.
- 21.4.2.** O cancelamento do seguro, referido no subitem **21.4.1**, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.
- 21.5.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item **21.1**, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 21.5.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
  - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 21.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
- 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
  - 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.
- 21.5.3. 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.

## **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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

**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 E/OU SUBESTIPULANTE**

**24.1.** Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e na Proposta de Contratação, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante:

**24.1.1.** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

**24.1.2.** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados (inclusão/exclusão), alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

**24.1.3.** Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos Segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de “lavagem” e ocultação de bens, direitos

ou valores, observada eventual norma que a substitua;

- 24.1.4.** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas à Proposta de Contratação de seguro;
- 24.1.5.** Repassar os prêmios pertinentes aos segurados ativos na apólice à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 24.1.6.** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 24.1.7.** 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;
- 24.1.8.** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 24.1.9.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 24.1.10.** Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- 24.1.11.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- 24.1.12.** 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 cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante e/ou Subestipulante;
- 24.1.13.** Manter o pagamento do prêmio em dia, o Capital Segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro;
- 24.1.14.** Manter no grupo segurado apenas funcionários em plena atividade laboral.

## **25. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO**

- 25.1.** Qualquer alteração da Proposta de Contratação, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.
- 25.2.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora, Estipulante e/ou Subestipulante.
- 25.3.** Qualquer alteração na Proposta de Contratação em vigor deverá ser realizada por Aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante e/ou Subestipulante, ratificada pelo correspondente Endosso.

**25.4.** A alteração na Apólice que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante. Caso haja alteração na Apólice que implique em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado.

**25.5.** Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

## **26. PRAZOS PRESCRICIONAIS**

Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

## **27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO**

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

## **28. COMUNICAÇÃO ELETRÔNICA**

O SEGURADO está ciente e de acordo que quaisquer comunicações, declarações, intimações e avisos oriundas desta contratação, poderão ser efetuadas, a critério exclusivo da SEGURADORA, ao SEGURADO, pela própria SEGURADORA, ou qualquer terceiro por ela contratado para este fim, por meio de correspondência, bem como como através de outros meios, inclusive eletrônicos, tais como: e-mail, SMS, WhatsApp ou quaisquer outros serviços de mensageria, que sejam disponibilizados/utilizados pela SEGURADORA para esse fim.”

## **29. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**29.1.** O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

**29.2.** O Estipulante ou Subestipulante e/ou Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF.

**29.3.** 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.

**29.4.** Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método 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 nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do Segurado ao seguro.

### **30. FORO**

- 30.1.** 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.
- 30.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item **30.1.**

## II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

### 1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado ao Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação de 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 nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

### 2. DEFINIÇÃO

**Invalidez Permanente por Acidente (IPA)** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos previstos nos itens 2.3 e 4 nas Condições Gerais.**

### 4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

### 5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

**5.1.** A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

**5.1.1.** A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só estado de invalidez permanente, previsto nessa cobertura.

**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.

**5.3.** 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** nas Condições Gerais.



## **6. CAPITAL SEGURADO**

- 6.1.** O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, do Segurado, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.
- 6.2.** A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto para invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.
- 6.3.** Caso o Segurado venha a se tornar totalmente inválido, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por Invalidez Permanente Parcial, será deduzido do capital previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.
- 6.4.** Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após seu pagamento.

## **7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

- 7.1.** O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.1** nas Condições Gerais.
- 7.2.** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deverá a indenização.
- 7.3.** A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item **8** nestas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.
- 7.4.** 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.
- 7.5.** 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.

- 7.6.** 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 cobertura; 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.

## 8. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Discriminação	% sobre Capital Segurado
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
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
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS</b>	
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
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	
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
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	
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 a 1/2 do respectivo dedo
Perda dos demais dedos	Equivalentes a 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
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
• Em grau mínimo	10
• Em grau médio	20
• Em grau máximo	30
<b>NARIZ</b>	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
<b>APARELHO VISUAL</b>	

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
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
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
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
<b>PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA</b>	
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.	
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
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
<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
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
<b>PAREDE ABDOMINAL</b>	
Hérnia traumática	10
<b>PESCOÇO</b>	
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
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Sequelas 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
<b>MAMAS</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
<b>FÍGADO</b>	
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
<b>PERDA DO BAÇO</b>	<b>15</b>

## 9. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 9.1.** A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já comprometido e/ou lesionado antes do acidente não dá direito a indenização, exceto quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- 9.2.** A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

## 10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 10.1.** Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
- Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica, ou
  - Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.
- 10.2.** Esta cobertura **termina**:
- Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;
  - A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
  - Com o falecimento do Segurado;
  - Com o recebimento integral do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total por Acidente.
- 10.3.** Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

## 11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

## 12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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 Condições Especiais, têm função subsidiária.

### III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

#### 1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de atendimento de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, e, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica e odontológica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

#### 2. DEFINIÇÕES

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

- 2.1. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.2. **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado; 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, hospitalares e/ou odontológicas, do Segurado, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes.
- 2.3. **Despesa Médica, Hospitalar e Odontológica** é aquela decorrente da hospitalização do Segurado para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto.
- 2.4. **Médico/Dentista Assistente** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica.
- 2.5. **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.



### **3. CONCESSÃO DA COBERTURA**

Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

### **4. RISCOS EXCLUÍDOS**

Além dos riscos mencionados nos itens 2.3.2 e 4 nas Condições Gerais, bem como do item 3 nas Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 4.1. Os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica), as despesas de acompanhantes e os aparelhos que se referem à órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, exceto as próteses pela perda de dentes naturais;
- 4.2. As despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:
  - 4.2.1. 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;
  - 4.2.2. Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;
  - 4.2.3. Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;
  - 4.2.4. Procedimentos realizados antes do início de vigência desta Cobertura;
  - 4.2.5. Internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
  - 4.2.6. 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.);
  - 4.2.7. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;
  - 4.2.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado Principal, de atos ilícitos ou contrários a lei.
- 4.3. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

## 5. DATA DO EVENTO

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

## 6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

- 6.1. O evento coberto pela presente cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica ou odontológica apta a essa finalidade.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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** nas Condições Gerais.

## 7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Os Capitais Segurados contratados, ou seja, os limites de reembolso, bem como os respectivos prêmios estarão expressos no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão e na Proposta de Contratação.
- 7.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto se decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

## 8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.2** nas Condições Gerais.
- 8.2. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a cobertura básica.

## 9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

- 9.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:
  - a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica; ou
  - b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

**9.2.** Esta cobertura **termina**:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) Com o falecimento do Segurado.

**9.3.** Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a cobertura básica.

**10. CANCELAMENTO DA COBERTURA**

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

**11. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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 Condições Especiais, têm função subsidiária.

#### IV. COMUNICAÇÃO

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

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

- **ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS**

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

E-mail: [relacionamento@segurosunimed.com.br](mailto:relacionamento@segurosunimed.com.br)

- **FALE CONOSCO**

[www.segurosunimed.com.br/faleconosco](http://www.segurosunimed.com.br/faleconosco)

- **OUIDORIA**

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, e 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:**

- Pelo site: preencher o formulário em [www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/)
- Por e-mail: [ouvidoria@segurosunimed.com.br](mailto:ouvidoria@segurosunimed.com.br)
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:  
Seguros Unimed – Ouvidoria  
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346  
Cerqueira César - São Paulo – SP  
CEP:01410-901
- Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- Presencialmente, 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 Seguradora S.A. | CNPJ/MF 92.863.505/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7  
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](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria) ou ligue 0800 001 2565  
[www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br)