

**Condições
Gerais**

UNIMED SEGURO COLETIVO - SERIT

VIDA



Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Unimed Seguro Coletivo de Renda por Incapacidade Temporária – SERIT Modular – Contratação Individual** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger você.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do Seguro de Vida que contemplam as coberturas para a sua proteção 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



SUMÁRIO

I. CONDIÇÕES GERAIS.....	5
1. OBJETIVO.....	5
2. DEFINIÇÕES.....	5
3. COBERTURA.....	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	9
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	11
6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS.....	11
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	12
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	13
9. CUSTEIO DO SEGURO.....	14
10. CERTIFICADO INDIVIDUAL.....	14
11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	15
12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS.....	15
13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO.....	16
14. CAPITAL SEGURADO.....	16
15. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE ADEÇÃO.....	16
16. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE.....	17
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	18
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	18
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	20
20. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	22
22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS.....	23
23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA.....	23
24. PRAZOS PRESCRICIONAIS.....	24
25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO.....	24
26. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	24
27. FORO.....	25
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO A.....	26
1. OBJETIVO.....	26
2. CONCESSÃO DA COBERTURA.....	26
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	26
4. DATA DO EVENTO.....	27
5. CAPITAL SEGURADO.....	27
6. CARÊNCIAS.....	28
7. FRANQUIA.....	29
8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO.....	29
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	31
10. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	31
11. ALTERAÇÃO DE VALORES.....	31
12. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA.....	32
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	32
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO B.....	33
1. OBJETIVO.....	33

2.	CONCESSÃO DA COBERTURA	33
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	33
4.	DATA DO EVENTO	35
5.	CAPITAL SEGURADO.....	35
6.	CARÊNCIAS	36
7.	FRANQUIA.....	36
8.	PERÍODOS DE AFASTAMENTO	36
9.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	36
10.	MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	37
11.	ALTERAÇÃO DE VALORES.....	37
12.	INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA	38
13.	DISPOSIÇÕES GERAIS	38
IV.	CANAIS DE COMUNICAÇÃO	39

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

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;

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. Bônus** é um benefício financeiro concedido ao Segurado quando do pagamento de uma indenização. Este bônus equivale ao acréscimo do valor de uma diária na referida indenização, desde que se verifique, simultaneamente:
- a) Duas renovações prévias e consecutivas deste contrato de seguro e;
 - b) Inocorrência de sinistro coberto neste período.

O acúmulo dos bônus, a cada duas renovações consecutivas, será gradativo e limitado a 5 dias. A indenização por parte da Seguradora eliminará o bônus acumulado. Para reiniciar novo ciclo de contagem do bônus, o Segurado deverá permanecer vinculado ao seguro por mais duas renovações consecutivas, e assim sucessivamente, sem registro de ocorrência de sinistro coberto.

- 2.10. Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecido na Proposta de Contratação.
- 2.11. Carência** é o período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.
- 2.12. Certificado Individual** é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.

- 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.
- 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 poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 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.
- 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** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.
- 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. Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização; os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado.
- 2.29. Prêmio** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.30. 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.
- 2.31. 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, 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.
- 2.32. 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.
- 2.33. Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).
- 2.34. 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.
- 2.35. Riscos Excluídos** são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 2.36. Segurado** é a pessoa física, cuja inclusão foi aceita, que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano.
- 2.37. Seguradora** é a Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios.
- 2.38. Sinistro** é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.
- 2.39. Término da vigência** é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

3. COBERTURA

- 3.1.** Este seguro prevê o pagamento ao Segurado de uma indenização compatível com a perda de renda que vier a sofrer, limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento

total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, por doença ou acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário e Módulo contratados.

3.1.1. A Cobertura contratada estará expressa na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Contrato e no Certificado Individual e serão reguladas por estas Condições Gerais, pelas respectivas Condições Especiais e pelo Contrato, devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado. **A Renda diária (ou Capital Segurado diário) será obtida dividindo o Capital Segurado por 30 (trinta).**

3.2. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante do Certificado Individual, da Proposta de Adesão e do Contrato, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 4 das respectivas Condições Especiais, e será de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

3.3. O Segurado deverá optar, quando do preenchimento da Proposta de Adesão para a contratação do seguro, entre o Módulo "A" ou Módulo "B", cujas peculiaridades estão previstas nas respectivas Condições Especiais.

3.4. Em nenhuma hipótese o Segurado poderá optar pela contratação de ambos os Módulos, devendo sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da proposta de adesão, a opção desejada.

3.5. As Condições Gerais deste Seguro aplicam-se a ambos os Módulos, sendo as particularidades de cada um deles descritas nas respectivas Condições Especiais do Seguro.

3.6. Não será permitida, em nenhuma hipótese, a substituição dos Módulos durante a vigência do Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas do Seguro de Vida em Grupo os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

4.1.1. 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;

4.1.2. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;

4.1.3. 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;

4.1.4. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- 4.1.5. **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;**
- 4.1.6. **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;**
- 4.1.7. **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;**
 - 4.1.7.1. **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.**
- 4.1.8. **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.9. **Parto ou aborto e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.10. **Choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- 4.1.11. **Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;**
- 4.1.12. **Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- 4.1.13. **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;**
- 4.1.14. **Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças**

Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, 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. Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;**
 - 4.1.20. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
 - 4.1.21. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e**
 - 4.1.22. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 nestas Condições Gerais.**
- 4.2. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 5.1.** Este seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Território Nacional.
- 5.2.** As eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 6.1.** 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.
- 6.2.** Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do Capital Segurado.
- 6.3.** As coberturas deste seguro somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência estabelecidos no respectivo Módulo contratado, observadas também as demais disposições destas Condições Gerais.

- 6.4.** O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades remuneradas pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento por determinação médica.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. Aceitação da Proposta de Adesão

- 7.1.1.** A contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 7.1.2. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 7.1.2.1.** 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.
- 7.1.3.** 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 Erro! Fonte de referência não encontrada..
- 7.1.4.** A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Segurado, 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.
- 7.1.5.** Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.
- 7.1.6.** 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 Erro! Fonte de referência não encontrada., nestas Condições Gerais.
- 7.1.7.** A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

7.2. Inclusão de Segurados

- 7.2.1.** A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento que o

proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do seguro.

7.2.2. A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2.3. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco individual, se encontrarem em:

- boas condições de saúde;
- Tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos; e
- condições de exercer atividade laborativa.

7.2.4. 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.

7.3. A Seguradora terá **prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contados da data do recebimento da proposta de adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

7.4. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do dia útil subsequente ao 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 **7.3**.

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

7.6. Aceita a Proposta de adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do certificado individual ao Segurado.

7.7. A **não aceitação da proposta de adesão**, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao proponente, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

7.8. 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 **7.3** destas Condições Gerais.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência da Apólice do Seguro

- 8.1.1.** O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Adesão.
- 8.1.2.** 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.
- 8.1.3.** Quando a Proposta de Adesão for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 8.1.4.** Quando a Proposta de Adesão não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência se dará a partir da aceitação da proposta pela Seguradora, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 8.1.5.** O início e término de vigência individual de cada Segurado vigorarão 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.

8.2. Renovação do Seguro

- 8.2.1.** A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Segurado, 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.
- 8.2.2.** A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.
- 8.2.3.** Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Segurado, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Segurado, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

9. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro, o custeio será “contributário”, ou seja, os Segurados pagarão o valor total do prêmio.

10. CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 10.1.** No início de vigência da cobertura, nos reenquadramentos etários, bem como nas renovações do seguro, se houver, bem como por ocasião de qualquer alteração contratual que venha a ser feita pelas partes, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- 10.1.1.** data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência do Seguro;

10.1.2. Capitais Segurados das coberturas contratadas; e,

10.1.3. valor do prêmio vigente.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1. É da responsabilidade do Segurado a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

11.1.1. As formas de pagamento poderão ser: carnês, débito em conta bancária, débito na fatura o cartão de crédito e desconto em folha de pagamento.

11.1.1.1. Quando o Segurado optar pelo pagamento do prêmio mediante desconto em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento do Seguro, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

11.1.2. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Adesão, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

11.1.2.1. Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

11.1.2.2. 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.

11.2. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11.3. 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 12 nestas Condições Gerais.

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

12.1. O Segurado, 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.

Na falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto do item **20.2.7**, dessas Condições Gerais.

12.2. 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 **12.1** nestas Condições Gerais.

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

13. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus Beneficiários, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 18 nestas Condições Gerais.

14. CAPITAL SEGURADO

- 14.1.** O Capital Segurado da Cobertura contratada constará da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 14.2.** Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.
- 14.2.1.** Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado.
- 14.3.** O Segurado poderá solicitar aumento do Capital Segurado, por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item **7** destas Condições Gerais.
- 14.4.** A redução de Capital Segurado é de exclusiva faculdade do Segurado, observando-se, porém, o disposto no item **15** destas Condições Gerais.
- 14.5.** O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item **7.1** destas Condições Gerais.

15. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE ADESÃO

- 15.1.** Qualquer alteração da Proposta de Adesão, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.
- 15.1.1.** À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Adesão.
- 15.1.2.** Qualquer alteração no Seguro, durante a sua vigência, ou na renovação, que implicar em

ônus ou dever para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa do Segurado e deverá ser realizada por aditivo, ratificada pelo correspondente endosso.

15.2. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Segurado.

15.3. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

16. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA IDADE

16.1. Além da atualização prevista no item **17.1** destas Condições Gerais, no decorrer do Contrato e suas renovações, os prêmios também serão reenquadrados, anualmente, de acordo com a idade do Segurado, a partir da data do início da nova vigência, se houver renovação do seguro, de acordo com a tabela abaixo:

Idade do Segurado	% Máximo de Reenquadramento SERIT
Até 30 anos	-
31 anos	1,61%
32 anos	1,64%
33 anos	1,67%
34 anos	2,50%
35 anos	2,56%
36 anos	2,63%
37 anos	2,70%
38 anos	2,77%
39 anos	2,47%
40 anos	2,54%
41 anos	2,60%
42 anos	2,67%
43 anos	2,80%
44 anos	2,90%
45 anos	2,98%
46 anos	3,07%
47 anos	3,17%
48 anos	3,27%
49 anos	3,99%
50 anos	4,16%
51 anos	4,34%
52 anos	4,54%
53 anos	4,75%
54 anos	4,91%

55 anos	5,16%
56 anos	5,44%
57 anos	5,76%
58 anos	6,11%
59 anos	7,24%
60 anos	8,48%
61 anos	9,72%
62 anos	10,96%
63 anos	12,86%
64 anos	13,01%
65 anos	13,49%
A partir de 66 anos, a cada renovação da apólice	14,00%

16.2. A Seguradora reserva-se o direito de exigir, em qualquer tempo, prova satisfatória da idade do Segurado.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

17.1. 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.

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

17.3. 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.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1. Observado o disposto no item **13**, 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.

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

18.3. 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.

- 18.4.** O pagamento da Renda Diária contratada será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo, observado o disposto no item **18.6** e seguintes, nestas Condições Gerais:
- a) Aviso de Sinistro, conforme modelo fornecido pela Seguradora, contendo declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e, quando for o caso, com assinatura do Segurado;
 - b) Exames complementares realizados;
 - c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
 - d) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
 - e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado;
 - f) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, quando for o caso;
 - g) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
 - h) Documentos que comprovem o valor da renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitado;
 - i) Atestado Médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.
- 18.5.** Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.
- 18.6.** A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.
- 18.7.** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **18.4** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.
- 18.8.** É facultado à Seguradora submeter o Segurado à exame (s) objetivando apurar a caracterização da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.
- 18.9.** Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **18.4**, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:
- 18.9.1.** 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;
 - 18.9.2.** Multa de 2% (dois por cento);

- 18.9.3.** 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;
- 18.9.4.** 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.
- 18.10.** Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item **18.4** destas Condições Gerais.
- 18.11.** Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br
- 18.12.** O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.
- 18.13.** É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
- 18.13.1.** Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

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 Seguradora;
- 19.1.2.** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante;
- 19.1.2.1.** Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do

mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

- 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.** Quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item **11** destas Condições Gerais;
- 19.1.5.** Com o falecimento do Segurado;
- 19.1.6.** Se o Segurado deixar de ter atividade remunerada;
- 19.1.7.** Quando esgotado o período indenitário, antes do término de vigência deste seguro, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado;
- 19.1.8.** Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 21 nestas Condições Gerais.
- 19.1.9.** 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.
- 19.1.10.** Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante.

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.** Por solicitação, por escrito, do Segurado Principal;
 - 20.2.2.** Automaticamente com a morte do Segurado Principal;
 - 20.2.3.** Automaticamente se o Segurado, seus representantes legais, ou dependentes 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;
 - 20.2.4.** Automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou representantes legais;
 - 20.2.5.** Automaticamente se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
 - 20.2.6.** 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.

20.2.7. Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **12** nestas Condições Gerais.

20.2.8. Por mútuo acordo entre Seguradora e o Segurado.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

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 ou Estipulante, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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, 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:

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

21.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

21.5.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) 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. PRAZOS PRESCRICIONAIS

Qualquer direito do Segurado, relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

26.3. 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.

26.4. 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.

27. FORO

- 27.1.** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para o processamento de quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora.
- 27.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item **27.1**.

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO A

1. OBJETIVO

- 1.1.** Esta Cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2.** A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo B, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

Observado o disposto no item **7.2** das Condições Gerais, somente serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:

- a)** Estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta cobertura, em território brasileiro;
- b)** Tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos; e
- c)** Estejam em boas condições de saúde.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- 3.1.** Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- 3.2.** Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- 3.3.** Inseminação artificial;
- 3.4.** Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 3.5.** Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta cobertura;

- 3.6. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- 3.7. Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;
- 3.8. Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;
- 3.9. Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- 3.10. Tratamento odontológico e ortodôntico;
- 3.11. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.
- 3.12. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.

4. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade remunerada.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será aquele indicado na Apólice, Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no contrato a título de Renda Mensal, **devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado**. A Renda diária (ou capital segurado diário) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).
- 5.2. A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica, respeitado o limite de comercialização estabelecido pela Seguradora e o disposto no item 5.1 acima.
- 5.3. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Contratação e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 7 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.
- 5.4. A indenização devida poderá ser até o 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.

6. CARÊNCIAS

- 6.1.** A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
- 6.1.1. Até 180 dias** para eventos decorrentes de:
- a) Lesões classificadas sob nomenclatura de L.E.R. – Lesão Por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo ou L.T.C. Lesões por Trauma Contínuo ou Continuado que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº1.339/1999.
 - b) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
 - c) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não haverá carência.
 - d) Patologias de coluna de quaisquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
 - e) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
 - f) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
 - g) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.
- 6.1.2. Até 60 dias** para distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disfonia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fascíte plantar.
- 6.1.3. Até 30 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item **6.1.1**.
- 6.1.4.** não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.
- 6.2.** Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, **as carências**, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão de:
- a) **Até 180 dias** para eventos previstos no item **6.1.1** destas Condições Especiais;
 - b) **Até 90 dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos no item **6.1.1** destas Condições Especiais;
- 6.2.1.** Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

7. FRANQUIA

O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento, do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 8.1.** Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 8.2.** Independentemente do período de afastamento prescrito, observar-se-á que o período de indenização fica limitado a 60 (sessenta) dias, durante a vigência anual do contrato para:
- Caberá indenização para **diferentes patologias de grupos** diferentes que justifiquem o afastamento até esse limite, mesmo que ocorram em eventos diferentes.
 - Não caberá mais de uma indenização para patologias **de um mesmo grupo**, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

GRUPO 1

- a) LER/DORT/LTC** – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:
- Síndrome cervicobraquial (M53.1).
 - Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
 - Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estiloide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
 - Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
 - Fribrimatose de fáscia palmar: contratatura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
 - Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrite do ombro (M75.0)).
 - Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicaptal, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro

(M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).

- Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
- Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
- Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
- Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
- Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).

b) Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).

c) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escapuloumeral.

GRUPO 2

a) **PATOLOGIAS DE COLUNA** - De qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.

b) Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.

GRUPO 3

a) Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.

b) Distrofia simpático-reflexa; síndromes vertiginosas, disфонia exceto se decorrente de neoplasia maligna, fascíte ou fascíte plantar.

GRUPO 4

a) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

8.2.1. Os períodos de afastamento relativos aos eventos mencionados no item **8.2** destas Condições Especiais **serão considerados no cômputo do período indenitário contratado.**

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

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

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4** nesta Condição Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos item **18.4** nas Condições Gerais.
- 9.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item **18.4** das Condições Gerais.
- 9.3. Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.
- 9.4. O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: www.segurosunimed.com.br.

10. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 10.1. O direito à percepção da indenização cessará **na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.**
- 10.2. **É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.**
 - 10.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, **o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0.5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.**

11. ALTERAÇÃO DE VALORES

- 11.1. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento.
- 11.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item Erro! Fonte de referência não encontrada. das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item **6** destas Condições Especiais.

12. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

12.1. Esta Cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- b) Em data posterior, prevista no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Cobertura Básica.**

12.2. Esta Cobertura termina:

- a) Nas hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais; e**
- b) Sempre que for cancelada a Cobertura Básica.**

12.2.1. Esta Cobertura termina, independentemente da continuidade da vigência da Cobertura Básica e das demais Coberturas adicionais contratadas, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e**
- b) Quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta cobertura, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado, referente a esta cobertura adicional;**

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT – MÓDULO B

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo o pagamento, ao Segurado, de uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, de uma indenização em razão de seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, em consequência de acidente pessoal ou doença, observados os demais itens destas Condições Especiais e das Condições Gerais.
- 1.2. A Contratação deste módulo impede a contratação do Módulo A, por ser vedada a contratação de ambos os módulos.

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

Observado o disposto no item 7.2 das Condições Gerais, somente serão aceitos os Proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:

- a) Estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta cobertura, em território brasileiro;
- b) Tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos; e
- c) Estejam em boas condições de saúde.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- 3.1. Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta Cobertura;
- 3.2. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;
- 3.3. Inseminação artificial;
- 3.4. Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- 3.5. Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais previstos nesta Cobertura, ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência desta Cobertura;

- 3.6. Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
- 3.7. Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;
- 3.8. Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas;
- 3.9. Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências;
- 3.10. Tratamento odontológico e ortodôntico;
- 3.11. Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.
- 3.12. LER/DORT/LTC – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:
 - Síndrome cervicobraquial (M53.1).
 - Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
 - Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estiloide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
 - Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M 70.9).
 - Fribromatose de fáscia palmar: contratatura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
 - Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrite do ombro (M75.0)).
 - Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
 - Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
 - Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
 - Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
 - Osteonecrose (m87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
 - Doença de Kienböck do adulto (osteocondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).
- 3.13. Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
- 3.14. Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escapuloumeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou

crônicas associadas não será risco excluído.

- 3.15. **Patologias de coluna de qualquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.**
- 3.16. **Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independentemente de suas causas.**
- 3.17. **Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.**
- 3.18. **Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.**
- 3.19. **Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos em períodos de exercício da profissão ou ocupação no exterior.**

4. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade remunerada.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado será aquele indicado na Proposta de Contratação e no Certificado Individual, a título de Renda Mensal, **devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado.** A Renda diária (ou capital segurado diário) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).
- 5.2. **A Renda Diária estará limitada 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica, respeitado o limite de comercialização estabelecido pela Seguradora e o disposto no item 5.1 acima.**
- 5.3. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Adesão e do Certificado Individual corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, seja em razão de um ou de vários eventos, observado o disposto no item 8 destas Condições Especiais, e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.
- 5.4. **A indenização devida poderá ser até o 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.**

6. CARÊNCIAS

- 6.1. A cobertura prevista nestas Condições Especiais somente passa a vigorar, para eventos decorrentes de doença, após cumprido o prazo de carência de até 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência desta Cobertura:
- a) **Até 30 dias** para eventos decorrentes de doença;
 - b) **Não há carência** para eventos decorrentes de acidentes.
- 6.2. **Para aumento de capital segurado**, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, **as carências**, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão de até **90 dias** para eventos decorrentes de doença.
- 6.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, **exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.**

7. FRANQUIA

O Segurado somente terá direito à cobertura de Renda por Incapacidade Temporária no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 10 (dez) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento, do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

- 8.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.
- 8.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.
- 8.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, aplicar-se-á o disposto no item **23** das Condições Gerais.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4** nesta Condição

Especial, e **18** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item **18.4** nas Condições Gerais.

- 9.2.** Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese o prazo previsto no item **18.4** das Condições Gerais.
- 9.3.** Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício.
- 9.4.** O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: ww.segurosunimed.com.br.

10. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 10.1.** O direito à percepção da indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado, ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao completar-se o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.
- 10.2.** É de exclusiva responsabilidade do Segurado, em gozo da Renda por Incapacidade Temporária, a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.
 - 10.2.1.** Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado deverá proceder com a devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente recebidos, corrigidos monetariamente pelo IPC-A/IBGE, acrescido de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, “pro rata temporis”, contados da data do pagamento.

11. ALTERAÇÃO DE VALORES

- 11.1.** O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento.
- 11.2.** O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item Erro! Fonte de referência não encontrada. das Condições Gerais, observando-se ainda o prazo de carência previsto no item **6** destas Condições Especiais.

12. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

12.1. Esta Cobertura começa a vigorar:

- a) Simultaneamente com o início de vigência da Cobertura Básica, ou**
- b) Em data posterior, prevista no Certificado Individual, se contratada após o início de vigência da Cobertura Básica.**

12.2. Esta Cobertura termina:

- c) Nas hipóteses previstas nos itens 19 e 20 das Condições Gerais; e**
- a) Sempre que for cancelada a Cobertura Básica.**

12.2.1. Esta Cobertura termina, independentemente da continuidade da vigência da Cobertura Básica e das demais Coberturas adicionais contratadas, nas seguintes hipóteses:

- a) Quando o Segurado deixar de ter atividade remunerada; e**
- b) Quando esgotado o período indenitário, antes do término da vigência desta Cobertura, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado referente a esta Cobertura;**

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

IV. CANAIS DE 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

• FALE CONOSCO

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

• 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, 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
- 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 ou ligue 0800 001 2565
www.segurosunimed.com.br