

## ATENÇÃO

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

***Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.***

## CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO UNIMED DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO (APC)

### Contratação Coletiva

REG. SUSEP Nº 15414.002938/2006-73 – Versão Abril 2016

**COBERTURA BÁSICA:** Morte Acidental

### COBERTURAS ADICIONAIS:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)

Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH)

Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Diária por Internação em UTI (DUTI)

Morte Acidental Complementar (MAC)

### CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge

Inclusão Facultativa ou Automática de Filho

## 1. OJETIVO

**1.1.** O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, previstos nas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

## 2. DEFINIÇÕES

**Acidente Pessoal** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico;

### a) incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- as lesões acidentais decorrentes de:
  - a) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
  - b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
  - c) choque elétrico e raio;
  - d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
  - e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
  - f) infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
  - g) queda n'água ou afogamento.

### b) Não se incluem nesse conceito:

- ***as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;***
- ***as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;***
- ***as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas***

*como: Lesão por Esforços Repetitivos – L.E.R., Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – D.O.R.T., Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – L.T.C., ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e*

*• as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;*

**Agravação de Risco:** circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou da própria segurada.

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

**Beneficiário(s)** são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso da cobertura de invalidez permanente por acidente, diárias por incapacidade temporária por acidente, despesas médicas, hospitalares e odontológicas e diária por internação em UTI o beneficiário será o próprio Segurado, observado o disposto no item 4 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e no item de mesmo número da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

**Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão. **Nenhum pagamento poderá ser superior ao Capital Segurado;**

**Certificado Individual** é o documento emitido pela Seguradora e destinado à Segurada para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais;

**Cláusula Suplementar:** cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no seguro.

**Condições Contratuais** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, de eventuais Endossos, do Certificado Individual do seguro, das Condições Especiais das Coberturas Adicionais e das Cláusulas Suplementares;

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

**Condições Gerais** é o conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários;

**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;

**Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros;

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

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

**Evento Coberto** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou Contrato da Apólice de Seguro;

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

**Grupo Segurável** é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

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

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

**Prêmio** é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas;

**Proponente de Proposta de Adesão:** pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;

**Proponente de Proposta de Contratação:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;

**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;

**Proposta de Contratação** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa

física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas) manifestando pleno conhecimento destas Condições Gerais;

**Regime Financeiro de Repartição Simples** é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período;

**Riscos excluídos** são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais.

**Segurado Principal** é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente aceita e incluída no seguro;

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

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

**Sinistro** é a ocorrência de um evento previsto nas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.

### 3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares.

#### 3.1.1. Cobertura Básica:

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

#### 3.1.2. Coberturas adicionais:

- a) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- b) Indenização por Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM);
- c) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
- d) Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH);
- e) Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e
- f) Diárias por Internação em UTI (DUTI).

### 3.1.3. Suplementares:

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

**3.2. Quando o segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, 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.**

**3.3. Poderão ser contratadas, adicionalmente à Cobertura Básica, as Coberturas Adicionais e Suplementares previstas no item 3.1.2 e 3.1.3 destas Condições Gerais.**

**3.4. O Estipulante deverá informar na Proposta de Contratação quais coberturas pretende contratar, sendo a Básica de contratação obrigatória e as adicionais, assim como as cláusulas suplementares, de contratação facultativa.**

**3.4.1. As coberturas adicionais de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) não poderão coexistir, devendo o Estipulante optar por apenas uma delas, se assim desejar.**

**3.4.2. 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, pelas Condições Especiais de Cobertura Adicional e pelo Contrato.**

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;***
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação,***



**motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações de ordem pública ou delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**
- d) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;**
- e) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) prática por parte do Segurado, dos beneficiários ou por seus representantes legais, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;**
  - f.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;**
- g) atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, aeronaves e similares, sem a devida habilitação legal;**
- h) 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;**
- i) agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- j) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

**4.2. Além das exclusões previstas no item 4.1, estão também EXCLUÍDOS das coberturas deste seguro, os eventos consequentes de:**

- a) 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;**
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;**

- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;**
- d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- e) perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;**
- f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;**
- g) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) 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;**
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e**
- l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.**

## **5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES**

**5.1. As indenizações por morte e por invalidez permanente total ou parcial 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 TERRITORIAL DE COBERTURA

**6.1.** Este seguro abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## 7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

**As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.**

### 7.1. Aceitação da Proposta de Contratação

**7.1.1.** A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

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

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

**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, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 7.1.2.

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

**7.1.3.1.** Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante no prazo de 15 (quinze) dias.

**7.1.4.** A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante 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, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

**7.1.5.** A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora **não implica na aceitação da Proposta de Contratação**, devendo-se observar o disposto no item 7.1.2 destas Condições Gerais.

## **7.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados**

**7.2.1.** A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e a assinatura da Proposta de Adesão, momento em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do seguro.

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

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

**7.2.3 Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início de vigência da cobertura individual, se encontrarem em:**

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

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

- a) automática** - quando o Seguro abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Principais, bem como os filhos e equiparados, considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar.
- b) facultativa** – quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger o seu cônjuge, conforme disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

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

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

**7.2.7.** Os aposentados poderão participar do seguro, exceto com relação a Cobertura Adicional de Indenização de Diárias por Incapacidade Temporária – DIT, **desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante.**

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

**7.2.9.** Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno do trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante, observado o disposto no item 7.2.2.

**7.2.10.** 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.**

**7.2.11.** Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, **o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso**, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares para análise e aceitação do risco poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 7.2.9.

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

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

**7.2.14.** 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, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

**7.2.15. 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 7.2.9 destas Condições Gerais.

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

### **8.1. Vigência e Renovação da Apólice**

**8.1.1.** O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

**8.1.1.1.** O início de vigência da Apólice se dará na data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou na data de recepção da Proposta, pela Seguradora, caso seja aceita, se esta for recebida juntamente com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio.

**8.1.2.** A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário**, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao término da vigência.

**8.1.2.1. A renovação automática prevista no item 8.1.2 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.**

**8.1.3.** Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

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

### **8.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado**

**8.2.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.**

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

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

**8.2.2.1.** Se as Propostas de Adesão forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, caso sejam aceitas.

**8.2.2.2.** O início e término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

## 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, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b) Capitais Segurados das coberturas contratadas; e,
- c) valor do prêmio total.

**9.2.** Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.

**9.3.** A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

## 10. CARÊNCIA E FRANQUIA

**10.1.** Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio ou sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

**10.2.** O presente seguro não prevê a adoção de franquias, exceto para a cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente - DIT, cujo período constará das respectivas Condições Especiais.

## 11. CUSTEIO DO SEGURO

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

- a) não contributivo: em que os Segurados não pagam o prêmio; ou
- b) contributivo: em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente.

11.1.1. A forma de custeio constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do Contrato.

## 12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

12.1.1. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto no Contrato, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

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

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

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

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

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



## 13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

**13.1.** A falta de pagamento do prêmio em seu vencimento, seja o Seguro contributivo ou não, não acarretará a suspensão automática das coberturas, que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 13.1.1.

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

**13.2.** 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. Nos Seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 13.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

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

## 14. CAPITAL SEGURADO

**14.1.** O Capital Segurado de cada cobertura constará da Apólice, do Certificado Individual e do Contrato.

**14.2.** Para efeitos de apuração do valor da indenização ou do reembolso, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

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

## 15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

**15.1.** Os Capitais Segurados e os Prêmios de todas as coberturas contratadas serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização.

**15.1.1.** Alternativamente ao critério de atualização previsto no item 15.1, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial ou proventos dos Segurados, a ser definido no Contrato.

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

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

**15.3.** Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, desde a data do último pagamento do prêmio até a data da ocorrência do evento.

**15.4.** Na falta ou extinção do índice IPC-A/IBGE, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

## 16. OCORRÊNCIA DO EVENTO

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

## 17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

**17.2.1.** Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

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

**17.4.** O pagamento de qualquer Capital Segurado ou Indenização decorrente do presente seguro será efetuado, de uma única vez, **em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos** abaixo relacionados, observado o disposto nos itens 17.6, 17.7 e 17.8 destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro, contendo 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;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Emprego, quando for o caso (padronização);
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO – Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
- Cópia do laudo do I.M.L. (em caso de morte acidental);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado).

**17.4.1.** Para as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, quando contratadas, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, **deverá ser apresentado o relatório do médico assistente, com firma reconhecida, informando:**

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

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

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

**17.4.3. Para as Coberturas de Reembolso de Despesas Médicas (DMH) e Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), quando contratadas, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, (exceto cópia da Certidão de Óbito e cópia do Laudo do IML, que devem ser enviados exclusivamente em caso de óbito), o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos originais, conforme o caso:**

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

- nome do paciente;
- data da consulta;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descrição do tipo de atendimento/especialidade;
- dados do médico e/ou dentista: nome, CPF, CRM ou CRO, especialidade, assinatura e endereço completo;

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

- nome do paciente;
- data do atendimento;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).

**c) Terapias realizadas em sessões:** obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:

- diagnóstico,
- tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
- nome do paciente;

- data do atendimento;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descrição do tipo de atendimento, e
- dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

**d) Despesas Hospitalares:**

**a)** Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, 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:

- nome do paciente;
- data do evento;
- período da internação;
- valor cobrado (numérico e por extenso);
- descritivo com valores (numérico e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;
- recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visitas hospitalares e demais honorários médico e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura).

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

- Relatório médico e/ou odontológico justificando a implantação da prótese e/ou órtese;
- 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;

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

- Aviso de Sinistro original devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente, contendo:
  - a)** descrição da ocorrência;
  - b)** motivo da internação e procedimentos adotados com código de procedimento AMB (Associação Médica Brasileira);
- Cópia simples do Prontuário Médico Hospitalar completo;
- Cópia simples da declaração do Hospital (onde deverá constar o total de diárias utilizadas, especificando os dias em UTI, hora de entrada e saída com data), diagnóstico, tratamento realizado, nome do médico assistente;

- Cópia simples do resultado de exames realizados.

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

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

#### **No caso de menores ou incapazes:**

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

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

**17.6.** 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.

#### **17.7. 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.**

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

**17.8.** Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 17.4, a Seguradora pagará o valor do capital segurado devido, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 17.4 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e
- multa de 2% (dois por cento).



**17.8.1.** 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 do contrato.

## **18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

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

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- d) não fornecimento da documentação solicitada.

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

**18.2.** O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

**18.2.1.** A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação de agravação do risco, manifestar ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, por escrito, sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

**18.2.2.** O cancelamento do seguro referido no item 18.2.1 se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

**18.3.** Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

**18.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé, a Seguradora poderá:**

**I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:**

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

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

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

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

## **19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO**

**19.1.** O Segurado Principal poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

**19.1.1.** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, **desde que comprovadamente entregue à Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado** a quem de direito. **Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.**

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

**19.3.** **Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago de acordo com o que estabelece o art. 792 do Código Civil brasileiro.**

**19.4.** Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente contratada pelo Segurado Principal; de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM); de Diárias por Incapacidade Temporária por doença ou acidente – DIT; de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH); de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e de Diária por Internação em UTI (DUTI), **o beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.**

**19.4.1.** Para o caso de morte acidental de Segurado Dependente, incluído por adesão à Cláusula Suplementar, o beneficiário será sempre o Segurado Principal.

**19.5.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste.

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

**19.7.** É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

## **20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO**

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

- a) com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, observado o disposto no item 20.2 destas Condições Gerais;
- c) quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d) quando o Segurado Principal deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;
- e) com o falecimento do Segurado Principal ou com o pagamento do capital segurado relativo à cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 21 destas Condições Gerais.

**20.1.1.** 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.

**20.2.** Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela Apólice caso venha a assumir o pagamento do prêmio total, **desde que haja concordância do Estipulante.**

## **21. CANCELAMENTO DO SEGURO**

**21.1. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a sua vigência:**

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;**
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessários para resguardar os direitos da Seguradora;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora;**
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.**

**e.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.

**21.2. O Seguro Individual também será cancelado:**

- a) 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;**
- b) automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou representantes legais;**
- c) por mútuo e expresso consenso entre o Segurado e a Seguradora;**
- d) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessários para resguardar os direitos da Seguradora.**

**21.3.** No caso de resilição 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.

**21.4.** A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

**21.5. A cobertura dos Segurados Dependentes será cancelada nos seguintes casos:**

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

**21.5.1.** Os prêmios eventualmente pagos após a comunicação à Seguradora da dissolução da sociedade conjugal ou da união estável serão devolvidos ao Segurado Principal.

## **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

**24.1.** Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, no Contrato, se houver, e nas Condições Especiais de Coberturas Adicionais e Suplementares, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;



- dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais das coberturas adicionais e das Cláusulas Suplementares, enviando-lhes cópia integral;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

## 25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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

## 26. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

**26.1.** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. **Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.**

**26.2.** À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

**26.3.** Qualquer alteração na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, bem como a alteração das taxas de seguro, **dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

**26.4.** Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do Estipulante e da Seguradora, ratificada pelo correspondente endosso.

## 27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

**27.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## **28. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

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

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

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

**28.5. 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.**

## **29. FORO**

**29.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas às presentes Condições Gerais.**

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

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

### 1. COBERTURA

**1.1.** A presente cobertura adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma importância limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de invalidez permanente em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.

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

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

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

**1.5.** Nos casos de invalidez parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), do percentual previsto para o membro ou órgão lesado.

**1.6.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, **sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.** Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes **não poderá exceder ao percentual de indenização prevista para a sua perda total.**

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

**1.8.** A perda de dentes e danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito à indenização por invalidez permanente.

## **2. CONCEITO**

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

## **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**3.1.** Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

## **4. DATA DO EVENTO**

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

## **5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ**

**5.1.** A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.1 das Condições Gerais.

**5.2.** É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a configuração da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, **sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.**

**5.3.** A aposentadoria por invalidez, concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

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

## **6. CAPITAL SEGURADO**

**6.1.** O Capital Segurado para esta Cobertura **não poderá ser superior a 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da Cobertura Básica** e estará expresso na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

**6.2.** A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de Invalidez Permanente Parcial por Acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

**6.2.1.** **Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de Sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após o seu pagamento.**

**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 segurado previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.**

**6.4.** **Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item 7 destas Condições Especiais, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga pela Seguradora e o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte acidental.**

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	
Perda total da visão de ambos os olhos	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>
Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	<b>100</b>
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>
Alienação mental total e incurável	<b>100</b>
Nefrectomia bilateral	<b>100</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS</b>	
Perda total da visão de um olho	<b>30</b>
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>
Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
Mudez incurável	<b>50</b>



Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	
Perda total de uso de um dos membros superiores	<b>70</b>
Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
Anquilose total de um dos ombros	<b>25</b>
Anquilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
Anquilose total de um dos punhos	<b>20</b>
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>
Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>09</b>
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>09</b>
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	<b>equivalente a <math>\frac{1}{3}</math> do valor do dedo respectivo</b>

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	<b>equivalente ½ do respectivo dedo</b>
- Perda dos demais dedos	<b>equivalentes a 1/3 do respectivo dedo</b>
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10

- De 3 (três) centímetros	<b>06</b>
- Menos de 3 (três) centímetros	<b>sem indenização</b>
<b>DIVERSAS</b>	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	<b>10</b>
Em grau médio	<b>20</b>
Em grau máximo	<b>30</b>
<b>NARIZ</b>	
Perda total do nariz	<b>25</b>
Perda total do olfato	<b>07</b>
Perda do olfato com alterações gustativas	<b>10</b>
<b>APARELHO VISUAL</b>	
Diplopia	<b>15</b>
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	<b>07</b>
Unilateral com fístulas	<b>15</b>
Bilateral	<b>14</b>
Bilateral com fístulas	<b>25</b>

Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	<b>03</b>
Ectrópio bilateral	<b>06</b>
Entrópio unilateral	<b>07</b>
Entrópio bilateral	<b>14</b>
Má oclusão palpebral unilateral	<b>03</b>
Má oclusão palpebral bilateral	<b>06</b>
Ptose palpebral unilateral	<b>05</b>
Ptose palpebral bilateral	<b>10</b>
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
Perda da palavra (mudez incurável)	<b>50</b>
Perda de substância (palato mole e duro)	<b>15</b>
Amputação total da língua	<b>50</b>
Parcial - menos de 50%	<b>15</b>
mais de 50%	<b>30</b>
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Perda total de uma orelha	<b>08</b>
Perda total das duas orelhas	<b>16</b>
<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.

APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	<b>15</b>
Cistostomia (definitiva)	<b>30</b>
Incontinência urinária permanente	<b>30</b>
Perda de um rim:	
Função renal preservada	<b>30</b>
Redução da função renal (não dialítica)	<b>50</b>
Redução da função renal (dialítica)	<b>75</b>
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	<b>10</b>
Perda de dois testículos	<b>30</b>
Amputação traumática do pênis	<b>50</b>
Perda do útero antes da menopausa	<b>40</b>
Perda do útero depois da menopausa	<b>10</b>
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	<b>10</b>
PESCOÇO	

Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	<b>15</b>
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	<b>15</b>
Paralisia de uma corda vocal	<b>10</b>
Paralisia de duas cordas vocais	<b>30</b>
Traqueostomia definitiva	<b>40</b>
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	<b>10</b>
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	<b>15</b>
Redução em grau mínimo da função respiratória	<b>25</b>
Redução em grau médio da função respiratória	<b>50</b>
Insuficiência respiratória	<b>75</b>
<b>MAMAS</b>	
Mastectomia unilateral	<b>10</b>
Mastectomia bilateral	<b>20</b>
<b>ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	<b>20</b>
Gastrectomia total	<b>40</b>
<b>INTESTINO DELGADO</b>	



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

## **8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**8.1.** O pagamento do Capital Segurado, devido por esta cobertura, será realizado conforme disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 17.4 e 17.4.1.

## **9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA**

**9.1.** 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, quando esta Cobertura for 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 adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) com o falecimento do Segurado e
- d) com o recebimento integral do Capital Segurado em razão da caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente.

## **10. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA**

**10.1.** Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 9.2 destas Condições Especiais.

## **11. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

### 1. COBERTURA

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

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

1.2. **Excluem-se desta cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item anterior.**

1.3. **Esta Cobertura somente pode ser contratada como adicional à Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**

1.4. **A cobertura adicional prevista nestas Condições Especiais NÃO se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.**

### 2. CONCEITO

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

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.**

### 4. DATA DO EVENTO

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

## 5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

**5.1.** A Invalidez Permanente por Acidente Majorada prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, **juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.1 das Condições Gerais.**

**5.2.** É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a caracterização da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

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

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

## 6. CAPITAL SEGURADO

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

**6.2.** A reintegração do Capital Segurado para a hipótese da invalidez prevista nestas Condições Especiais será automática quando da ocorrência do sinistro.

**6.3.** As indenizações por Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada, decorrentes do mesmo acidente, não se acumulam. No caso de se verificar o pagamento de indenização por motivo de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o valor da indenização ficará reduzido à diferença entre a importância segurada para a presente Cobertura e a indenização paga em razão de invalidez permanente, direta ou indiretamente, decorrente do mesmo acidente.

**6.4.** Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento desta cobertura, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga e o Capital Segurado previsto para a cobertura de morte acidental.

## **7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**7.1.** O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 17.4 e 17.4.1.

## **8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA**

**8.1.** A cobertura compreendida por estas Condições Especiais começa a vigorar, para todos os Segurados, simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

**8.2.** A vigência desta Cobertura se encerra nas hipóteses previstas no item 9 destas Condições Especiais.

## **9. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA**

**9.1.** Esta Cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, bem como nas seguintes hipóteses:

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

## **10. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT

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

### 1. OBJETIVO

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

### 2. DEFINIÇÕES

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

- **Capital Segurado** é o valor da renda diária contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Evento Coberto ou Risco Coberto** é o afastamento total, contínuo e temporário de todas as atividades remuneradas, decorrente de acidente coberto, ocorrido na vigência desta Cobertura e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as Condições Contratuais;
- **Franquia** é o período não indenizável, correspondente aos primeiros 15 (quinze) dias de afastamento por evento coberto;
- **Incapacidade Temporária** é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente;
- **Período Indenitário** é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização. **Os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado;**
- **Renda Diária** é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).



### 3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

**3.1. Observado o disposto no item 7 das Condições Gerais**, somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, na data da assinatura da Proposta de Adesão:

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

### 4. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

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

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

## 5. RISCOS COBERTOS

5.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea "a", das Condições Gerais.

## 6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além das hipóteses previstas no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS da presente Cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;*
- b) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta Cobertura;*
- c) quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;*

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

## 7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Não haverá carência para esta Cobertura, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

7.2. O Segurado somente terá direito à cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 15 (quinze) 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. DATA DO EVENTO**

**9.1.** Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento.

## **10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**10.1.** O pagamento do Capital Segurado observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.2.

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

**10.3.** Caso haja necessidade de prorrogação do período de afastamento inicialmente solicitado, o **Segurado deverá encaminhar à Seguradora novo Aviso para concessão e Prorrogação de Benefício.**

**10.4.** O Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento poderá ser obtido, também, pelo “site” da Seguradora: [www.segurosunimed.com.br](http://www.segurosunimed.com.br).

## 11. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

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

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

## 12. ALTERAÇÃO DE VALORES

**12.1.** 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, observado o disposto no item 7.1 e seguintes das Condições Gerais, e os itens 4.2 e 4.3 destas Condições Especiais.

**12.2.** O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 8 das Condições Gerais.

## 13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

**13.1.** 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.

**13.2.** Esta Cobertura termina:

- a) nas hipóteses previstas no item 21 das Condições Gerais; e
- b) sempre que for cancelada a Cobertura Básica.

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

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

## 14. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES – DMH

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

### 1. OBJETIVO

1.1. A presente Cobertura Adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o reembolso das despesas médicas e hospitalares, exclusivamente ao Segurado Principal, para tratamento, sob orientação médica, mediante reembolso, limitado ao valor do capital segurado contratado, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do contrato, se houver.

### 2. DEFINIÇÕES

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

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



### 3. CONCEITO

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

### 4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente COBERTAS nesta Cobertura as lesões acidentais previstas no item 2 , alínea "a", das Condições Gerais.

### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS desta Cobertura, os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

5.2. Estão também expressamente EXCLUÍDAS desta Cobertura Adicional as despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:

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

***h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei;***

***i) perda de dentes e danos estéticos.***

## **6. COBERTURA**

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

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

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

## **7. DATA DO EVENTO**

**7.1.** Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico ou hospitalar, desde que decorrente de acidente ocorrido na vigência do seguro e que o atendimento ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da ocorrência do acidente.

## **8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO**

**8.1.** O evento assegurado pela presente Cobertura Adicional deverá ser comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.2 das Condições Gerais.

**8.2. É facultado à Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a configuração do evento, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito ao reembolso.**

**8.3.** Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da necessidade dos atendimentos objeto do reembolso deverão ser

submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 23 das Condições Gerais.

## 9. CAPITAL SEGURADO

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

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

**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. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

**10.1.** O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.3.

## 11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

**11.1.** 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, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

**11.2.** 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.**

## 12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

### 13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS – DMHO

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

**NÃO PODERÁ SER CONTRATADA COM A COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES (DMH)**

### 1. OBJETIVO

**1.1.** A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso, ao Segurado Principal, **limitado ao capital segurado contratado**, em caso de atendimento médico, hospitalar e odontológico, **efetuadas exclusivamente pelo Segurado Principal para seu tratamento, sob orientação médica e odontológica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, decorrente de acidente pessoal coberto, observados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

### 2. DEFINIÇÕES

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

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **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 Principal, e em cujo nome esteja as Notas Fiscais ou Faturas competentes;
- **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas** são aquelas decorrentes da hospitalização do Segurado para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto;
- **Médico/Dentista Assistente** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica;

- **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 odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

### 3. CONCEITO

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

### 4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea "a", das Condições Gerais.

### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão também expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura Adicional os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes e os aparelhos que se referem à órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

5.2. Estão também expressamente **EXCLUÍDAS** desta Cobertura as despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de:

- a) Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica, de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;*
- b) cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;*
- c) enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;*
- d) procedimentos realizados antes do início de vigência desta Cobertura;*
- e) internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;*



*f) outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar e odontológico (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar,*

*televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);*

*g) procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Médico e/ou Dentista Assistente;*

*h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei.*

## 6. COBERTURA

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

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

## 7. DATA DO EVENTO

**7.1.** Considera-se como data do evento, para efeito desta Cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico, hospitalar e odontológico ao Segurado Principal, desde que decorrente de acidente coberto ocorrido na vigência do seguro e que o atendimento ocorra no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da ocorrência do acidente.

## 8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

**8.1.** O evento assegurado pela presente Cobertura Adicional deverá ser comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica ou odontológica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.3 das Condições Gerais.

**8.2. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a configuração do evento, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito ao reembolso.**

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

## **9. CAPITAL SEGURADO**

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

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

**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. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**10.1.** O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.3.

## **11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA**

**11.1. 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, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

**11.2. 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.**

## **12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA**

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

## **13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – DUTI

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

### 1. OBJETIVO

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

### 2. DEFINIÇÕES

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

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado ao Segurado Principal, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em decorrência de acidente pessoal coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Renda diária** é o valor da importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, a ser pago pela Seguradora para cada dia de comprovada internação do Segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).
- **Hospital** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamento médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

### 3. CONCEITO

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

#### 4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea "a", das Condições Gerais.

#### 5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS da Cobertura prevista nestas Condições Especiais os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais, bem como aqueles eventos descritos no item 5.1 e as despesas médicas relacionadas no item 5.2, ambos das Condições Especiais da Cobertura de Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

5.2. Também não haverá cobertura caso:

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

5.3. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c) clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;
- d) clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- e) instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;
- f) *Home Care* (internação domiciliar);
- g) Leitos de hospital que não sejam reconhecidos legalmente como UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

#### 6. COBERTURA

6.1. Esta Cobertura consiste no pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade Terapia Intensiva) do Segurado Principal, **decorrente de acidente pessoal coberto**,

**observados os riscos excluídos e os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

**6.1.1.** O valor do Capital Segurado contratado, bem como dos respectivos prêmios, estarão expressos na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

**6.1.2.** O limite indenizável por esta cobertura corresponde a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias de internação por evento.

**6.1.2.1.** Em caso de reinternação do Segurado decorrente do mesmo evento, o respectivo período de permanência em UTI será cumulado com as diárias anteriores para fins de cômputo do limite indenizável, independentemente do número de internações.

## **7. DATA DO EVENTO**

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

## **8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO**

**8.1.** O evento assegurado pela presente Cobertura Adicional deverá ser comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados nos itens 17.4 e 17.4.4 das Condições Gerais.

**8.2. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) para apurar a configuração do evento, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.**

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

## **9. CAPITAL SEGURADO**

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

valor fixo a ser indenizado por cada diária de hospitalização em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), independentemente do valor desembolsado pelo Segurado relacionado ao período da internação.

**9.1.1.** A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites em que o Segurado permanecer internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

**9.1.1.1.** Somente será considerada como Diária por internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) o período superior a 12 (doze) horas de internação do Segurado, ainda que não tenha ocorrido a pernoite.

**9.2.** A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de contratados e os limites de cobertura.

**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 pago sobre o capital segurado contratado para a Cobertura Básica.**

## **10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**10.1.** O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4 e 17.4.4.

## **11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA**

**11.1. 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, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

**11.2. 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.**



## **12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA**

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

## **13. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL COMPLEMENTAR (MAC)

### 1. GARANTIA

**1.1.** A presente Cobertura Adicional, **desde que contratada**, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização complementar ao(s) beneficiário(s) do Segurado, em caso de morte do Segurado Principal causada, exclusivamente, por acidente pessoal, correspondente ao valor do Capital Segurado Individual contratado, **ressalvados os riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens destas Condições Especiais, das Condições Gerais e do Contrato.**

**1.1.1.** Esta cobertura adicional **NÃO** pode ser contratada para cônjuges ou filhos, incluídos por Cláusula Suplementar.

### 2. CONCEITO

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

### 3. RISCOS EXCLUÍDOS

**3.1.** Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

### 4. CAPITAL SEGURADO E DATA DO EVENTO

**4.1.** O valor do Capital Segurado para esta Cobertura não poderá ser superior a 10% (dez por cento) do valor do Capital Segurado da Cobertura Básica (morte acidental) do segurado principal, e estará expresso na Apólice e no Contrato.

**4.2.** Para efeitos de apuração do valor a ser pago pela Seguradora em caso de sinistro, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

**4.3.** Considera-se como **data do evento**, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, a **data do falecimento do Segurado.**

## **5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**

**5.1.** O pagamento do Capital Segurado Individual devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais, devendo o beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens 17.4.

## **6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA**

**6.1.** Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados Principais:

- 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.**

**6.2.** Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;**
- c) quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;**
- d) no caso de morte do Segurado, com o pagamento do Capital Segurado Individual ao(s) beneficiário(s) do Segurado.**

## **7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA**

**7.1.** Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 20 e 21 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

## **8. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

### 1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática ao cônjuge do Segurado Principal no seguro contratado por este, **exclusivamente com relação às seguintes coberturas:**

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

1.2. **Somente será permitida a inclusão do cônjuge do Segurado Principal nas coberturas acima especificadas e desde que o Segurado Principal também as tenha contratado.**

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

1.4. A inclusão de cônjuge (dos segurados principais) no seguro pode ser feita das seguintes formas:

- Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais; e
- Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados principais que assim o autorizarem.

1.4.1. **Caberá ao Estipulante definir se a inclusão do cônjuge será automática ou facultativa, a qual constará do Contrato.**

### 2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. **Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:**

- **se encontrar em boas condições de saúde e**
- **atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora previsto no Contrato.**

2.2. A inclusão do cônjuge se dará mediante preenchimento e assinatura de Proposta de Adesão; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da

Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal**, observado o disposto no item 7.2.3 das Condições Gerais.

**2.4. A inclusão estará condicionada à análise do risco pela Seguradora, do risco.**

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

### **3. CAPITAIS SEGURADOS**

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

### **4. BENEFICIÁRIO DO SEGURO**

**4.1. O beneficiário da indenização por morte acidental do Segurado Dependente devida por esta Cláusula Suplementar será sempre o Segurado Principal.**

**4.2. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente incluído por esta Cláusula, o beneficiário será o próprio Segurado Dependente.**

**4.2.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, a indenização prevista nesta Cláusula será paga aos herdeiros legais deste.**

### **5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA**

**5.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:**

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

**5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.5 das Condições Gerais.**

## **6. DISPOSIÇÕES GERAIS**

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

## CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE FILHO

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho (a) do Segurado Principal na Apólice, **exclusivamente para a Cobertura Básica – morte accidental**.

1.2. Para os efeitos desta Cláusula, são considerados e/ou equiparados a filhos, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

- a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- c) Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

1.2.1. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

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

1.4. A inclusão de filhos (dos segurados principais) no seguro pode ser feita das seguintes formas:

- Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados principais; e
- Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados principais que assim o autorizarem.

### 2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderão participar do seguro os filhos que:

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

2.2. A inclusão do filho deverá ser solicitada pelo Segurado Principal, mediante preenchimento de Proposta de Adesão; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, serão de responsabilidade do Segurado Principal.



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

**2.3. A inclusão do filho estará condicionada à análise do risco pela Seguradora.**

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

### **3. CAPITAL SEGURADO**

**3.1. O Capital Segurado do filho, incluído por esta Cláusula, não poderá ser superior ao contratado para o Segurado Principal e estará descrito no Contrato, na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.**

**3.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, 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. BENEFICIÁRIO DO SEGURO**

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

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

### **5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA**

**5.1. A cobertura prevista nesta Cláusula começará a vigorar:**

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

c) na data solicitada pelo Segurado Principal, se facultativa e se contratada após o início de vigência da Cobertura Básica do Segurado Principal.

5.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.5 das Condições Gerais.

## 6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

## Conheça os canais de Comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

### • CENTRAL DE RELACIONAMENTO

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

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: [atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br](mailto:atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br)

### • ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

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

### • FALE CONOSCO

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

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

### • 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:** [www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/](http://www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/) e preencha o formulário.

- **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.

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

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