

ATENÇÃO

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

Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO COLETIVO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - SERIT MODULAR – Versão 12/2016

Contratação Coletiva

Reg. SUSEP- Nº 15414.004722/2007-23

1. OBJETIVO

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

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

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

1.1.3. Caso o Segurado indique os dois Módulos ou deixe de indicar qualquer um deles, a Seguradora, nos termos constantes do item 6.1.4.1 destas Condições Gerais, solicitará esclarecimentos acerca de tal fato.

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

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

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, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

- **O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;**
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; **os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;**
- **Os acidentes decorrentes de 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) **Infeções 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 sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste item;

Agravação de Risco circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

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 e é entregue ao Estipulante;

Bônus é um benefício financeiro concedido ao Segurado quando do pagamento de uma indenização. Este bônus equivale ao acréscimo do valor de uma diária na referida indenização, desde que se verifique, simultaneamente:

- a) Duas renovações prévias e consecutivas deste contrato de seguro e;
- b) Inocorrência de sinistro coberto neste período.

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

Capital Segurado é o valor da Renda Mensal contratada estabelecida na Proposta de Contratação e /ou na Proposta de Adesão. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios;

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

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

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

Condições Gerais é o 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, estados mórbidos e doenças contraídas 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 ou Risco Coberto é o afastamento total, contínuo e temporário de todas as atividades remuneradas, decorrentes de acidente ou doença ocorridos na vigência do seguro 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 10 (dez) dias de afastamento por evento coberto;

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;

Incapacidade Temporária é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença;

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 especiais;

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;**

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;

Renda Diária é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta);

Riscos Excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais;

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

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, mediante recebimento dos respectivos prêmios;

Sinistro é a ocorrência de um evento previsto na(s) cobertura(s) contratada(s), desde que estas estejam em vigor.

3. COBERTURAS

3.1. Este seguro prevê o pagamento ao Segurado de uma indenização **compatível com a perda de renda que vier a sofrer, limitada ao Capital Segurado contratado, em razão de comprovado afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, por doença ou acidente pessoal, observado, ainda, o período indenitário e Módulo contratados.**

3.1.1. O Segurado deverá optar pela contratação do Módulo “A” ou “B”, conforme especificado no item 1.1.1 e seguintes destas Condições Gerais.

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

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

3.3. A indenização será devida a partir do 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, inclusive, ou seja, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia, **observada, se o caso, a existência e os critérios de bônus definidos no glossário deste clausulado.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** da cobertura deste seguro os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) **Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Doenças, acidentes ou lesões preexistentes a adesão do seguro, de conhecimento do Segurado e não declarados na Proposta de Adesão;**
- d) **Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos contados da adesão do segurado ao 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 pelo representante legal de um e de outro, 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 terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;**
- h) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se o evento for decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esportes, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- i) **Agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- j) **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**
- k) **Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado neste seguro;**
- l) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, cirurgias para mudança de sexo, qualquer tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual e respectivas consequências;**
- m) **Inseminação artificial;**
- n) **Tratamentos e cirurgias experimentais, exames e medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- o) **Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais**

- cobertos por este seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência deste seguro;
- p) Tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;
 - q) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica;
 - r) *Tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;*
 - s) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências e consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;
 - t) Tratamento odontológico e ortodôntico e
 - u) Doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos.

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Território Nacional, observado o item 4.2 destas Condições Gerais.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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.

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. 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.

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

6.1.3. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

6.1.4. 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.

6.1.4.1. 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 do dia útil subsequente a 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 6.1.4.

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

6.1.5.1. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.

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

6.1.7. 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 6.1.4 destas Condições Gerais.

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados

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

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

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

6.2.2. Somente serão aceitos os Componentes do grupo segurável que, no dia fixado para início do respectivo risco:

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

6.2.2.1. Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno do trabalho ou da sua admissão pelo Estipulante, respectivamente, **desde que atendam às condições de aceitação conforme disposto no item 6.2.2.**

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

6.2.4. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a 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 6.2.3.

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

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

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

6.2.8. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.2.3 destas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

7.1.1. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no contrato.

7.1.2. 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.

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

7.1.3.1. A renovação automática, prevista no item 7.1.3 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

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

7.1.5. 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 $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7.1.6. 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.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. 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.

7.2.2. A vigência do seguro, **desde que aceita a proposta de adesão**, terá início:

- Na data constante da apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial, observado o disposto no item 7.2.2.1;
- No 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da proposta de adesão, para os demais;
- Em outra data, se definida no Contrato.

7.2.2.1. 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.

7.2.2.2. 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.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. 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.

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

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

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. As coberturas deste seguro somente passam a vigorar após cumpridos os prazos de carência estabelecidos no item 3 das Condições Especiais do respectivo Módulo contratado, observadas também as demais disposições destas Condições Gerais.

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

10. CUSTEIO DO SEGURO

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

- **Não contributivo: em que os Segurados não pagam prêmio; ou**
- **Contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.**

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

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

11.1.1. 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.

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

11.1.3. 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.

11.2. 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 o valor do prêmio de cada Segurado.

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

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

11.5. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12 destas Condições Gerais, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

12.1. A falta de pagamento do prêmio em seu vencimento, seja o Seguro contributário ou não, não acarretará a suspensão automática das coberturas, que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 12.1.1.

12.1.1. 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.

12.1.2. 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 contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.2. 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 nos itens 12.1.1.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O Capital Segurado da Cobertura contratada constará da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

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

13.2.1. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento do Segurado.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. O Capital Segurado contratado, bem como o respectivo prêmio, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 (sessenta) dias da data da atualização.

14.2. Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto do Capital Segurado e quanto do prêmio, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.

14.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE, desde a data do último pagamento do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador, considerando-se o índice imediatamente anterior.

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

15. OCORRÊNCIA DO EVENTO

15.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante ou pelo Segurado, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais.

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Observado o disposto no item 15 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.**

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

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

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

16.4. O pagamento da Renda Diária contratada será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo, observado o disposto no item 16.8 e seguinte destas Condições Gerais:

- Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida do médico assistente e do segurado;
- Exames complementares realizados;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado;
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho, quando for o caso;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Documentos que comprovem o valor da renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitado;
- 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.

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

16.6. 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.

16.7. É facultado à Seguradora submeter o Segurado à exame (s) objetivando apurar a caracterização da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

16.8. 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.

16.8.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, **o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.4 será suspenso**, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

16.9. 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.

16.10. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, se o afastamento se prolongar no tempo, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será feito até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item 16.4 destas Condições Gerais.

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

16.12. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 16.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- Juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 16.4 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).

16.12.1. 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.

17. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

17.1. 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.

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

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

18. ALTERAÇÃO DE VALORES DOS CAPITAIS SEGURADOS

18.1. 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 6.1 destas Condições Gerais.

18.1.1. Nos seguros contributários, o pedido de aumento do Capital Segurado deverá ser acompanhado da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

18.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 7 destas Condições Gerais.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

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

- a) **Inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) **Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado tentar 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 e;**
- d) **Não fornecimento da documentação solicitada.**

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

19.2. 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.

19.2.1. 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.

19.2.2. O cancelamento do seguro, referido no item 19.2.1, 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.

19.3. 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.

19.3.1. 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 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.

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 e o Estipulante, observado o disposto no item 20.2 destas Condições Gerais;
- c) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d) Quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;
- e) Com o falecimento do Segurado;
- f) Se o Segurado deixar de ter atividade remunerada;
- g) Quando esgotado o período indenitário, antes do término de vigência deste seguro, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado;
- h) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 21 destas Condições Gerais.

20.1.2. 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 e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, **desde que haja concordância do Estipulante.**

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. A apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a sua vigência, nas seguintes hipóteses:

- a) Por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 12 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, $\frac{3}{4}$ (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 e/ou seus representantes legais, 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 e/ou seus representantes legais;
- c) Por mútuo e expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora e
- d) Automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

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

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

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, nas Condições Especiais e no Contrato, 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 solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- Dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais, 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;
- 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 e o Contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

26. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

26.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. 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 adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, bem como a alteração das taxas de seguro, dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

28.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao final da vigência, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das condições contratuais.

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 para dirimir quaisquer questões judiciais entre o Segurado e a Seguradora.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA APÓLICE DO SEGURO COLETIVO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT MODULAR – MÓDULO “A”

1. Observadas as disposições das Condições Gerais do seguro, o Módulo “A” será regido pelas cláusulas constantes destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS deste seguro os riscos previstos no item 4 das Condições Gerais do seguro.

3. CARÊNCIAS

3.1. As coberturas deste seguro somente passam a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir da adesão do Segurado ao seguro:

a) 180 (cento e oitenta) dias para eventos decorrentes de:

- Lesões classificadas sob nomenclatura de L.E.R. – Lesão Por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo ou L.T.C. Lesões por Trauma Contínuo ou Continuado que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº1.339/1999.
- Síndrome do túnel do carpo (compressão de nervo mediano).
- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escápulo-umeral. Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não haverá carência.
- Patologias de coluna de quaisquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.
- Lombalgia, lombociatalgia, cervicalgia, cervicobraquialgia, fibromialgias e síndromes miofasciais independente de suas causas.
- Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.
- Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independentes de sua causa.

b) 30 (trinta) dias para eventos decorrentes de doença, não previstos neste item, alínea “a”, acima.

3.2. Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, **as carências**, consideradas a partir do início de vigência desse aumento, serão de:

- a) **180 (cento e oitenta) dias** para os eventos previstos na alínea “a”, do item 3.1 destas Condições Especiais;
- b) **90 (noventa) dias** para eventos decorrentes de doença, não previstos na alínea “a”, do item 3.1 destas Condições Especiais;

3.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

4. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

4.1. 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.

4.2. Independentemente do período de afastamento prescrito, observar-se-á que o período de indenização fica limitado a 60 (sessenta) dias, durante a vigência anual do Contrato para:

a) Caberá indenização para **diferentes patologias de grupos diferentes** que justifiquem o afastamento até esse limite, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

b) Não caberá mais de uma indenização para patologias de **um mesmo grupo**, mesmo que ocorram em eventos diferentes.

GRUPO 1

a) **LER/DORT/LTC** – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:

- Síndrome cervicobraquial (M53.1).
- Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
- Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estilóide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
- Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M70.9).

- Fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0).
- Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrite do ombro (M75.0)).
- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
- Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
- Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
- Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
- Osteonecrose (M87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
- Doença de Kienböck do adulto (osteochondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1).

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

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

GRUPO 2

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

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

GRUPO 3

Quaisquer tipos ou natureza de varizes, flebites e tromboflebites.

GRUPO 4

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

4.2.1. Os períodos de afastamento relativos aos eventos mencionados no item 4.2 destas Condições Especiais **serão considerados no cômputo do período indenitário contratado.**

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

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

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. 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 APÓLICE DO SEGURO COLETIVO DE RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – SERIT MODULAR – MÓDULO “B”

1. Observadas as disposições das Condições Gerais do seguro, o Módulo “B” será regido pelas cláusulas constantes destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos Riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais, estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

a) LER/DORT/LTC – Serão consideradas como tal as patologias relacionadas ao trabalho de acordo com a PORTARIA/MS Nº 1.339/1999:

- Síndrome cervicobraquial (M53.1).
- Dorsalgia, cervicalgia, ciática e lumbago.
- Sinovites e tenossinovites; dedo em gatilho, tenossinovite do estiloide radial (de Quervain), outras sinovites e tenossinovites e sinovites e tenossinovites não especificadas.
- Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, o uso excessivo e a pressão de origem ocupacional (M70.-), bursite de olécrano, outras bursites de cotovelo, outras bursites pré-rotulianas, outras bursites de joelho, outros transtornos de tecidos mole relacionados com o uso, uso excessivo e a pressão (M70.8) e transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M70.9).
- Fribromatose de fáscia palmar: contratura ou moléstia de Dupuytren (M72.0)
- Lesões de ombro (M75.-), capsulite adesiva de ombro (ombro congelado, periartrose do ombro (M75.0)).
- Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1), tendinite bicipital, tendinite calcificante do ombro, bursite do ombro, outras lesões do ombro (M75.8) e lesões do ombro não especificadas ((M75.5).
- Outras entesopatias (M77.-), epicondilite medial e lateral.
- Outros transtornos especificados dos tecidos moles não classificados em outra parte (inclui mialgia (M79.-).
- Osteomalácia do adulto induzida por drogas.
- Osteonecrose (M87.-): asséptica, por drogas e secundárias.
- Doença de Kienböck do adulto (osteochondrose do adulto do semilunar do carpo (M93.1)).

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

c) Síndrome do manguito rotatório ou síndrome do supraespinhoso ou síndrome do impacto (M75.1) de origem acidental se associada à lesões degenerativas e/ou crônicas das estruturas da articulação escapuloumeral. **Se forem de causa acidental sem lesões degenerativas e/ou crônicas associadas não será risco excluído.**

d) Patologias de coluna de quaisquer natureza inclusive hérnias discais, protusões discais e estenose de canal medular, síndrome pós laminectomia e suas consequências e quaisquer complicações decorrentes de cirurgias que envolvam a coluna vertebral.

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

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

g) Quaisquer tipos ou natureza de hérnias incluindo as diafragmáticas, hérnias inguinais independente de sua causa.

3. CARÊNCIAS

3.1. As coberturas deste seguro somente passam a vigorar após cumpridos os seguintes prazos de carência, contados a partir da adesão do Segurado ao seguro:

a) 30 (trinta) dias para eventos decorrentes de doença, não previstos neste item, alínea “a”, acima.

3.2. Para aumento de Capital Segurado, no que diz respeito exclusivamente à parte aumentada, as carências, serão:

a) 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de doença, não previstos na alínea “a”, do item 3.1 destas Condições Especiais, a contar do início de vigência da parte aumentada.

3.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto para tentativa de suicídio ocorrida nos primeiros dois anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

4. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

4.1. 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.

4.2. 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.

4.3. 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.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

5.1. 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.

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

- **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

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

- **FALE CONOSCO**

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

- **OUIDORIA**

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

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

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

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

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

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

Como e onde recorrer:

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- Pelo site: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.

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

- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

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

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

- **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