

## 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 DO SEGURO COLETIVO UNIMED PROTEÇÃO FAMILIAR – UNIMED PROTEÇÃO FINANCEIRA – Contratação Coletiva – Versão 06.2015

Reg. SUSEP nº 15.414.100632/2002-58

### 1. OBJETIVO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância limitada ao valor do capital segurado contratado, ao Estipulante, ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), dependendo da cobertura, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos durante o período de vigência deste seguro, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e observadas as demais disposições destas Condições Gerais e do Contrato.**

### 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 seqüestros; e
- 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 conseqüentes 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, LTC - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal; 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 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;

**Beneficiário** é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados na hipótese de ocorrência de sinistro decorrente de evento coberto, observados os seguintes critérios:

a) para as coberturas de **PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO e INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA**, o beneficiário é o Estipulante;

b) para a cobertura de **MORTE ACIDENTAL**, os beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado ou, na falta destes, de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil e

c) no caso da cobertura de **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**, o beneficiário é o próprio Segurado;

**Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação 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 individuais;

**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, da Proposta de Adesão, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, de eventuais Endossos e do Certificado Individual do 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 Seqüelas 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** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou no Contrato;

**Franquia** é o período de tempo não indenizável, computado a partir da caracterização do evento coberto;

**Grupo Segurável** é aquele constituído pela totalidade de pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante, representado por contratos de:

- . Planos de Assistência Médica, **exclusivamente sob a modalidade de contratação individual ou familiar, segundo definição da Lei nº 9.656/98;**
- . fornecimento de serviços ou produtos, inclusive financeiros e de condomínios;
- . ensino regular.

**Grupo Segurado** é constituído pela totalidade dos componentes do grupo segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais;

**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 o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais;

**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 o Seguro, 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** 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 do respectivo prêmio;

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

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

**3.1.** Este Seguro garante o pagamento do Capital Segurado contratado, caso venha ocorrer:

**3.1.1. MORTE ACIDENTAL:** Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura 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. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA):** Garante o pagamento, ao próprio Segurado, do valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso venha a ocorrer a sua **invalidez permanente e total, exclusivamente em razão de acidente devidamente coberto, e não decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens destas Condições Gerais.**

**3.1.2.1.** Entende-se por **invalidez permanente e total** a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do(s) membro(s) ou órgão(s) relacionado(s) no item 3.1.2.2 abaixo, causada por acidente pessoal coberto, e **desde que tais**

**lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

**3.1.2.2. Para efeito deste Seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total por Acidente” as lesões que resultem em:**

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os braços;
- Perda total do uso de ambas as pernas;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um braço e uma perna;
- Perda total do uso de uma mão e um pé;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável;
- Nefrectomia bilateral.

**3.1.2.3. Em caso de membros ou órgãos que sejam anatomicamente bilaterais, a invalidez permanente só será considerada como total quando houver comprometimento bilateral.**

**3.1.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez total e permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização não excederá o valor total do capital segurado.**

**3.1.2.5. 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.**

**3.1.2.6. A Invalidez Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a esta finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 18.4 e seguintes das Condições Gerais.**

**3.1.2.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza a cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente prevista neste Seguro.**

**3.1.2.8. 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 25 destas Condições Gerais.**

**3.1.2.9.** A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente **não se acumula** com a cobertura de morte. Com o pagamento da indenização por invalidez, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, não tendo mais nada a reclamar em relação a este seguro, mesmo que venha a óbito em decorrência do mesmo acidente.

**3.1.3. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO: Garante, exclusivamente a Segurados que sejam empregados formalmente sujeitos ao regime da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT,** o pagamento de mensalidades ou parcelas decorrentes da relação contratual mantida entre o Segurado e o Estipulante, limitada à periodicidade e valores previstos no Contrato de Seguro e no Certificado Individual, em caso de sua demissão involuntária e que não tenha sido motivada por justa causa, ocorrida durante o período de vigência deste Seguro, caso permaneça sem exercer qualquer atividade laborativa remunerada por período superior ao prazo de franquia prevista no item 11 destas Condições Gerais.

**3.1.3.1.** O pagamento dessas mensalidades ou parcelas será feito diretamente ao Estipulante, na forma, critério e quantidade estabelecidos no Contrato de Seguro.

**3.1.3.2.** Somente fará jus à indenização prevista nesta Cobertura, o Segurado cujo vínculo empregatício rompido durante a vigência deste Seguro tenha **duração mínima de 12 (doze) meses ininterruptos com o mesmo empregador, devidamente comprovada.**

**3.1.3.3. Não há cobertura para sinistros relativos aos Segurados cuja adesão a este Seguro tenha ocorrido durante o período de Aviso Prévio, e nem mesmo para as obrigações contraídas no mesmo período.**

**3.1.3.4.** Para a hipótese de novo sinistro decorrente de perda de renda involuntária coberta, o período mínimo ininterrupto de trabalho comprovado fica reduzido para **6 (seis) meses,** contados a partir do início do novo contrato de trabalho.

**3.1.3.5.** Para fins de indenização, as frações de mês serão consideradas como mês completo.

**3.1.3.6. A obrigação de pagamento das mensalidades ou parcelas devidas ao Estipulante, pela Seguradora, cessa a partir do início de novo contrato de trabalho do Segurado, constituindo, assim, novo vínculo empregatício, ou caso atingido o limite do período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.**

**3.1.4. INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA: Garante, exclusivamente a Segurados que sejam profissionais autônomos,** o pagamento de mensalidades ou parcelas decorrentes da relação contratual mantida entre o Segurado e o Estipulante, limitada à periodicidade e valores previstos no Contrato de Seguro e no Certificado Individual, em caso do seu afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, observados os demais itens destas Condições Gerais e o Contrato.

**3.1.4.1.** O pagamento dessas mensalidades ou parcelas será feito diretamente ao Estipulante, na forma, critério e quantidade estabelecidos no Contrato de Seguro.

**3.1.4.2** Para fins desta Cobertura, a **incapacidade física total e temporária é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, em razão de acidente ou doença, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens, destas Condições Gerais e Contrato.**

**3.1.4.3.** Somente fará jus a esta Cobertura, o Segurado que comprovar o exercício da atividade autônoma por **período mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses anteriores ao sinistro, observados os períodos de carência e franquia contratados.**

**3.1.4.4.** Para a hipótese de novo sinistro previsto nesta Cobertura, o período mínimo ininterrupto de atividade laborativa remunerada devidamente comprovada fica reduzido para 6 (seis) meses, contados a partir do término do período anteriormente indenizado.

**3.1.4.5. Não terá cobertura a incapacidade física total e temporária ocorrida em intervalo inferior a 06 (seis) meses em relação a evento anteriormente indenizado pela Seguradora.**

**3.1.4.6.** Para fins de indenização, as frações de mês serão consideradas como mês completo.

**3.2.** Tais coberturas não poderão ser contratadas isoladamente.

**3.3.** Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, a Importância Segurada será destinada exclusivamente à cobertura de reembolso das despesas com o funeral dos mesmos, e será paga mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.



## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

**4.1. Estão 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 da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**

**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 humanitários 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, ocorrido 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 quando do exercício de serviço militar, ou da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, ou da 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 dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também EXCLUÍDOS das Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos decorrentes 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;*

*c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;*

*d) parto ou aborto e suas conseqüências, exceto quando diretamente decorrentes de acidente coberto;*

*e) perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;*

*f) choque anafilático e suas conseqüências, exceto se diretamente decorrente 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 sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo ou D.O.R.T. – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.*

*i) acidentes ocorridos em conseqüência 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.*

**4.3. Além dos eventos previstos no item 4.1 destas Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS da Cobertura de Incapacidade Física**

Total e Temporária por Acidente ou Doença, os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) gravidez, parto, aborto e suas intercorrências e consequências, exceto se diretamente conseqüente de acidente pessoal coberto;*
- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;*
- c) choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente conseqüente de acidente pessoal coberto;*
- d) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos pelo seguro ou por reconstrução mamária conseqüente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência do seguro;*
- e) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;*
- f) tratamento odontológico e ortodôntico;*
- g) inseminação artificial;*
- h) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;*
- i) tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independente das suas causas.*

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

4.4. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estão também EXCLUÍDOS da Cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário os eventos decorrentes de:

- a) demissão por justa causa;*
- b) aposentadoria;*
- c) programas de demissão voluntária a que o segurado tenha aderido;*
- d) término de contrato de estágios e de contratos de trabalho por prazo determinado ou temporário em geral;*
- e) rescisão de contrato de trabalho, seja qual for a causa, quando houver outro em vigor;*
- f) demissões decorrentes de falência, concordata, privatização e liquidação extrajudicial;*

## 5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

**5.1. As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Total 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 pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez**, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

## 6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

**6.1.** Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional, observado o item 4.3.1 destas Condições Gerais.

## 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.**

**7.1.2.1.** 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 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.

**7.1.4.** 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,** 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.

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

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

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

- a) boas condições de saúde e
- b) condições de exercer atividade laborativa.

**7.2.5.** Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho, na data da contratação deste Seguro, **somente poderão ser incluídos após o seu retorno à atividade laborativa.** A solicitação de inclusão dessas pessoas, bem como daqueles que passarem a integrar o Grupo Segurável, durante a vigência da Apólice, deverá ser feita na próxima data prevista no Contrato para envio da movimentação cadastral, respeitadas as demais condições contratuais.

**7.2.6. 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.**

**7.2.6.1. 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 7.2.6 acima.

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

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

**7.2.9. 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.**

**7.2.10. 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 7.2.6 destas Condições Gerais.**

## **8. VIGÊNCIA DO SEGURO**

### **8.1. Vigência e renovação do Seguro**

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

**8.1.1.2. 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.**

**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.**

**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 se darão às 24 horas das datas 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, desde que respeitado o prazo para solicitação de inclusão prevista no Contrato;
- 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 parcial ou total do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, caso sejam aceitas.

**8.2.3.** O término de vigência individual de cada Segurado constará do Certificado Individual do Segurado, **observado o disposto nos itens 21 e 22 destas Condições Gerais.**

**8.2.4.** Caso o ingresso do Proponente Individual no Contrato com o Estipulante se dê em data que impossibilite a solicitação de inclusão até o prazo estabelecido no Contrato para esse fim, a inclusão deverá ser solicitada no mês seguinte, implicando vigência retroativa e cobrança do prêmio integral também retroativo.

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

## 10. CARÊNCIA

**10.1.** As coberturas de Incapacidade Total e Temporária por Doença e de Perda de Renda Por Desemprego Involuntário somente passam a vigorar após decorrido o prazo de carência de 90 (noventa) dias a contar da adesão do Segurado ao Seguro, observadas também as demais disposições destas Condições Gerais.

**10.2.** Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, **exceto para a hipótese de suicídio ou sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao Seguro.**

**10.3.** Para as demais coberturas, o período de carência será objeto de negociação entre o Estipulante e a Seguradora e constarão do Contrato, não podendo exceder metade do período de vigência da apólice.

**10.4.** O período de carência será computado:

**a)** a partir da vigência inicial do Contrato do Segurado com o Estipulante, quando a inclusão neste seguro se der até a data limite para o envio de cadastro de segurados previsto no Contrato, respeitado o disposto no item 8.2.4 destas Condições Gerais;

**b)** a partir da data da inclusão neste seguro, quando esta se der após a data limite para envio do cadastro de Segurados prevista no Contrato;

**c)** a partir do aumento do valor do Capital Segurado, no que se refere a parte aumentada após o início do risco individual.

**10.5.** Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, **não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior**, em relação às coberturas e respectivos valores anteriormente contratados.



## 11. FRANQUIA

**11.1. O Segurado não terá direito ao recebimento da indenização prevista na cobertura de Perda de Renda por Desemprego Involuntário pelo período de 30 (trinta) ou 60 (sessenta) dias, conforme opção do Estipulante constante do Contrato, a contar da ocorrência do evento;**

**11.2. O Segurado não terá direito ao recebimento da indenização prevista na cobertura de Incapacidade Total e Temporária por Acidente pelo período de 15 (quinze) dias a contar da data do evento.**

**11.3.** Para as demais Coberturas, o presente seguro não prevê a adoção de franquia.

## 12. CUSTEIO DO SEGURO

**12.1.** 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.

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

## 13. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

**13.1.1.** A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto nas Condições Contratuais, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

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

**13.1.3.** 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.

**13.2.** 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.

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

**13.4.** 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.

**13.5.** 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 14 destas Condições Gerais, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

## 14. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

**14.1.** 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 14.1.1.

**14.1.1.** 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.**

**14.2.** 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 14.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

**14.3.** 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.**

## 15. CAPITAL SEGURADO

**15.1.** O valor do Capital Segurado de cada cobertura contratada constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, do Certificado

Individual e do Contrato.

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

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

- a) para a cobertura de Morte Acidental e a de Invalidez Permanente Total por Acidente, a data da ocorrência do acidente;
- b) para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego, a data da demissão;
- c) para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, a data do afastamento da sua profissão ou ocupação.

## **16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS**

**16.1.** Os Capitais Segurados e os respectivos prêmios serão atualizados na mesma variação dos percentuais aplicados às mensalidades ou parcelas do contrato firmado entre o Estipulante e o Segurado.

**16.2.** A cada variação dos valores das mensalidades ou parcelas do contrato o Estipulante deverá encaminhar à Seguradora as informações necessárias visando o reajuste do capital segurado e dos prêmios.

**16.3. A data da atualização coincidirá com a alteração dos valores das mensalidades ou parcelas do contrato objeto deste seguro, desde que o**

**Estipulante comunique a Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, se outro prazo não ficar estabelecido em Contrato.**

**16.4.** Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pela mesma variação dos percentuais aplicados às mensalidades ou parcelas do contrato firmado entre Estipulante e Segurado, desde a data do último pagamento do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador, considerando-se o índice imediatamente anterior.

## **17. OCORRÊNCIA DO EVENTO**

**17.1.** Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 18 destas Condições Gerais.

## 18. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

**18.1. Observado o disposto no item 17 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.**

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

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

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

**18.4. O pagamento de qualquer Capital Segurado ou Indenização decorrente do presente seguro será efetuado nos prazos previstos no item 19 destas Condições Gerais, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, bem como cópia do Contrato de plano ou seguro saúde, educacional ou financeiro, conforme o caso, firmado entre o Segurado e o Estipulante, devidamente assinado, o qual deu origem a este seguro:**

**a) Documentos necessários para a liquidação do sinistro em caso de Morte Acidental:**

- Aviso de Sinistro por Morte;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do Documento de Identidade, do CPF/MF e comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Laudo Cadavérico;
- Cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se tiver sido realizado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, no caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o motorista;

**b) Documentos necessários para a liquidação do sinistro em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:**

- Aviso de Sinistro de Acidentes Pessoais;
- Exames e radiografias realizados;
- Cópia do C.A.T. (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;

- Cópia do Documento de Identidade, do CPF/MF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico comprovando a invalidez (original, quando aplicável, com CRM e firma reconhecida do médico);

**c) Documentos necessários para a liquidação do sinistro em caso de Desemprego Involuntário:**

- Aviso de Sinistro por Desemprego;
- Cópia do Termo de Rescisão Contratual;
- Comprovante de Solicitação de Seguro Desemprego (se houver);
- Cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:
  - de Qualificação Civil;
  - do registro do Contrato de Trabalho (Admissão e Demissão);
  - anterior a do Contrato de Trabalho;
  - posterior a do Contrato de Trabalho.

**c.1) A cópia dos documentos acima elencados deverá ser autenticada em data não superior a 5 (cinco) dias da data da postagem ou protocolo de recebimento pela Seguradora.**

**d) Documentos necessários para a liquidação do sinistro em caso de Incapacidade Física Total e Temporária:**

- Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento;
- Exames e radiografias realizados;
- Cópia do C.A.T. (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;
- Cópia do Documento de Identidade, do CPF/MF e comprovante de residência do Segurado;
- Relatório médico comprovando a incapacidade (original, quando aplicável, com CRM e firma reconhecida do médico);
- Cópia do recolhimento do ISS
- Cópia do recolhimento do INSS
- Cópia do recibo de recolhimento Carnê Leão ou da última declaração de Imposto de Renda;
- Laudo médico, contendo período previsto para o afastamento;
- Exames complementares realizados;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- Documentos relacionados com a perda de rendimentos, sempre que solicitados.

**18.4.1. Documentos necessários à habilitação de beneficiários:**

- 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 beneficiários menores ou incapazes:**

- menores sujeitos ao poder familiar: cópia da certidão de nascimento do menor, comprovante de residência 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, termo de tutela, comprovante de residência 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, termo de curatela, comprovante de residência e documentos de identificação do curador (Documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

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

**18.6.** 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.

**18.7.** 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.

## **19. PRAZOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**19.1.** Observado o disposto no item 17 destas Condições Gerais, os prazos para pagamento das indenizações são:

**a.** para as coberturas de **Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente**– 30 (trinta) dias, em uma única parcela;

**b.** para a cobertura de **Renda por Desemprego Involuntário** – até 3 (três) mensalidades ou parcelas, nos 15 dias subseqüentes ao período de franquia, as próximas mediante nova comprovação da continuidade do desemprego;

**c.** para a cobertura de **Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença** – até 3 (três) mensalidades ou parcelas, de acordo com a avaliação do Laudo Médico recebido pela Seguradora, nos 15 dias subseqüentes ao período de franquia; as próximas mediante comprovação da continuidade, conforme estabelecido no Laudo Médico, observado o critério habitualmente utilizado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida.

**19.2.** Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos não relacionados no item 18.4, os prazos previstos no item 19.1 serão suspensos, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

**19.3.** Caso sejam ultrapassados os prazos previstos no item 19.1, 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 18.4 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).

**19.3.1.** 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.

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

**20.1. 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, 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.**

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

**20.2. 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.**

**20.2.1.** 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.**

**20.2.2. O cancelamento do seguro referido no item 20.2.1 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.**

**20.3. 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.**

**20.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a sociedade 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.**

## **21. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIOS**

**21.1. Para fins deste Seguro, são beneficiários:**

- a) o Estipulante, para as Coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença;**
- b) o próprio Segurado, para a Cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente;**



c) as pessoas designadas pelo Segurado ou, na falta destes, observar-se-á o disposto no artigo 792 do Código Civil, no caso da Cobertura de Morte Acidental.

**21.1.1.** O Segurado não poderá retirar o Estipulante da condição de beneficiário das Coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, na forma do Art. 791 do Código Civil.

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

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

**21.2.2.** Será considerada, em caso de sinistro de Morte Acidental, 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.**

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

**21.2.4.** 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 artigo 792 do Código Civil brasileiro.

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

**22.1.** 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;
- 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, se for o caso, observado o disposto no item 14 destas Condições Gerais;

- e) **com o falecimento do Segurado ou com o recebimento do capital segurado em caso de caracterização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- f) **imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 23 destas Condições Gerais.**

**22.1.1.** 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.

## **23. CANCELAMENTO DO SEGURO**

**23.1.** 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 14 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 aceite 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.

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

- a) **automaticamente se o Segurado, seus representantes legais, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- b) **automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais e no Contrato, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou 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.

**23.3.** 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.

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

## 24. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

**24.1** 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.

**24.1.1.** 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.

## 25. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

**25.1.** 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.

**25.1.1.** 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.

**25.1.2. 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.

## **26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

**26.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais 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 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, 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.

## 27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

**27.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante,** dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e o Contrato, a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

## 28. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

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

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

**28.3. Qualquer alteração na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, 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.**

**28.4.** 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.

## 29. PRAZOS PRESCRICIONAIS

**29.1.** Os prazos prescricionais são aqueles previstos em lei.

## 30. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

**30.3.** 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.

**30.4. 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.**

**30.5. 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.**

## **31. FORO**

**31.1.** Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer questões judiciais entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora.

**31.1.1.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 31.1.

**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**