

Atenção

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento 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 MAIS - Contratação Individual – Versão 04/2015

Registro SUSEP nº 10.005592/99-22

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, observado o período indenitário contratado, as carências e as limitações previstas nestas Condições Gerais, bem como os demais itens destas Condições Gerais e das Condições Especiais.**

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) **infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto**;
- g) **queda n'água ou afogamento**.

b) Não se incluem nesse conceito:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto**;
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto**;
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, 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;

Beneficiários são as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta;

Capital Segurado é o valor da Renda Mensal contratada estabelecida 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 Segurado 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 Adesão, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice 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 Segurado e do(s) Beneficiário(s);

Contrato é o instrumento jurídico firmado ente 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 declaradas na Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa jurídica cuja vinculação com o grupo segurado é exclusivamente de natureza securitária e que não representa esse grupo perante a Seguradora.

Evento Coberto ou Risco Coberto é o afastamento total, contínuo e temporário de toda e qualquer atividade remunerada, decorrente de acidente ou doença ocorridos na vigência deste Seguro e não excluído nas Condições Gerais ou nas Condições Especiais;

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 se vinculam ao Estipulante com o propósito de aderir à apólice coletiva;

Incapacidade Temporária é a perda **total, contínua e temporária** da capacidade para a prática **de toda e qualquer atividade remunerada**, 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;

Período Indenitário corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, estabelecido na Proposta de Adesão; **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 expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Gerais e Condições Especiais;

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 em contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e das Condições Especiais;

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 se vinculou ao Estipulante com vistas a aderir à contratação coletiva, 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 pelo seguro, mediante recebimento do respectivo prêmio;

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As Coberturas deste seguro dividem-se em **básica** e **adicional**:

3.1.1. Garantia Básica: Este seguro prevê o pagamento ao Segurado o pagamento 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 contratado.**

3.1.2. Cobertura Adicional: Renda por Afastamento Decorrente de Gravidez, Parto e suas Intercorrências.

3.2. O Segurado deverá informar, na Proposta de Adesão, quais coberturas pretende contratar, sendo a Básica obrigatória e a Adicional facultativa.

3.2.1. As coberturas contratadas estarão expressas na Proposta de Adesão e no Certificado Individual e serão reguladas por estas Condições Gerais e pelas respectivas Condições Especiais.

3.3. Na hipótese de falecimento do Segurado, após o 11º dia de afastamento, em razão de evento coberto, e desde que sua morte não seja consequente dos riscos excluídos previstos no item 4 destas Condições Gerais, será paga ao(s) seu(s) beneficiário(s) uma indenização correspondente ao período indenitário contratado, abatendo-se o período de afastamento eventualmente já indenizado ao próprio Segurado.

3.3.1. Se o falecimento ocorrer antes do afastamento da Segurada e do período de franquia, em consequência de parto e/ou intercorrências da gravidez, a Seguradora pagará ao(s) seu(s) beneficiário(s) a indenização especial por parto, limitada a 30 (trinta) diárias, a ser calculada com base na tabela prevista no item 4.1 das respectivas Condições Especiais, caso a referida cobertura adicional tenha sido contratada.

3.4. A ocorrência de um novo sinistro durante o período de recebimento de diárias por incapacidade temporária não gera direito à percepção de novas diárias.

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;

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 no 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, exceto quando contratada a Cobertura Adicional por Parto;

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 pelo seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência do 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 abrasão química cirúrgica;

r) tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas;

s) gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas intercorrências, exceto se decorrente de acidente pessoal ou quando contratada a Cobertura Adicional de Renda por Afastamento Decorrente de Gravidez, Parto e suas Intercorrências;

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

6.1. A inclusão dos proponentes é feita mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do seguro.

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

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

6.3. Somente serão aceitos os proponentes que, na data da sua adesão ao Seguro:

- a) estejam exercendo atividade remunerada,**
- b) tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos e**
- c) estejam em boas condições de saúde.**

6.4. A Seguradora terá um 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.

6.4.1. 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 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 6.4.

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

6.5. Aceita a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do Certificado Individual ao Segurado.

6.6. 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, contados 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.

6.7. 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 6.4 e seguintes destas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. O prazo de vigência do seguro será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

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

- a)** Para a modalidade pagamento por **carnê, cartão de crédito ou débito em conta bancária**: na data da aceitação da proposta ou em data posterior escolhida pelo Segurado e
- b)** Para a modalidade **desconto em folha**: no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão.

7.2.1. 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.

7.3. O seguro poderá ser renovado, automaticamente, por igual período, **salvo se o Segurado ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário**, mediante

aviso prévio, por escrito, **com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

7.3.1. A renovação automática prevista no item anterior somente poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Segurado e da Seguradora.

7.4. O início e término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles expressas para tal fim.

7.5. Na renovação do seguro, serão considerados eventos preexistentes, também, aqueles que geraram sinistro em períodos de vigência anteriores e relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado, como, exemplificativamente, quaisquer tipos de câncer, diabetes, coronariopatias e doenças degenerativas em geral.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. No início de vigência da cobertura, nos reenquadramentos etários, bem como nas renovações do seguro, se houver, 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 vigente.

9. FRANQUIA

9.1. 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. CARÊNCIAS

10.1. 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 dias para eventos decorrentes de:

- lesões classificadas sob a nomenclatura de L.E.R. – Lesão por Esforço Repetitivo, 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- qualquer tipo ou natureza de varizes, incluindo flebite e tromboflebite;
- qualquer tipo ou natureza de hérnias, inclusive as discais e as diafragmáticas, exceto se decorrentes de acidente;

b) 30 dias para eventos decorrentes de doença, não previstos na alínea “a”, deste item.

10.2. 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:

a) 180 dias para eventos decorrentes de:

- 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 consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- qualquer tipo ou natureza de varizes, incluindo flebite e tromboflebite;
- qualquer tipo ou natureza de hérnias, inclusive as discais e as diafragmáticas, exceto se decorrentes de acidente;

b) 90 dias para eventos decorrentes de doença, não previstos na alínea “a”, deste item;

10.3. 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.

11. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

11.1. 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 comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.**

11.2. 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, nos casos de:**

- a)** L.E.R./D.O.R.T./LTC, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo, síndrome do impacto,

neurites (incluindo síndrome do túnel do carpo), entesopatias (incluindo epicondilites), patologias da coluna (incluindo lombociatalgia, hérnias ou protusões discais, estenose de canal medular), síndrome pós-laminectomia e suas consequências, fibromialgias e síndromes miofascial, qualquer tipo ou natureza de varizes, incluindo flebite e tromboflebite, qualquer tipo ou natureza de hérnias abdominais, inclusive as diafragmáticas, independente das suas causas;

b) tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independentemente das suas causas.

11.2.1. Os períodos de afastamento relativos aos eventos mencionados no item 11.2 serão considerados no cômputo do período indenitário contratado.

11.2.2. A contagem do período indenitário se inicia a partir do 11º (décimo primeiro) dia de afastamento, a partir do primeiro dia subsequente ao período de franquia.

11.3. A solicitação de indenização para afastamentos **decorrentes de todo e qualquer evento relativo 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.**

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1. Este Seguro será totalmente contributivo, ou seja, os Segurados pagarão o valor total do prêmio.

13. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

13.1. A responsabilidade pelo pagamento dos prêmios é do Segurado, que poderá fazê-lo mediante escolha, na Proposta de Adesão, de uma das seguintes formas de pagamento:

a) carnês;

b) débito em conta bancária;

c) desconto em folha de pagamento;

c.1) quando o Segurado optar pelo pagamento do prêmio mediante desconto em folha de pagamento, o empregador, salvo nos casos de cancelamento do Seguro, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

d) débito na fatura do cartão de crédito.

13.1.1. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme opção constante da proposta de Adesão, não havendo parcelamento 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 do seguro.

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

13.3. O pagamento do prêmio mensal é devido durante o período de afastamento do Segurado, exceto no caso de reversão por morte do Segurado.

14. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

14.1. A falta de pagamento do prêmio em seu vencimento 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 Segurado, 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.

14.1.2. 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.

14.2. 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 14.1.1.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. O Capital Segurado será aquele indicado na Proposta de Adesão e no Certificado Individual, a título de Renda Mensal, **devendo ser compatível com os rendimentos mensais do Segurado.** A Renda Diária (ou Capital Segurado diário) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

15.2. O período indenitário contratado pelo Segurado e constante da Proposta de Adesão e do Certificado Individual, corresponde ao número máximo de diárias a serem indenizadas pela Seguradora, **seja em razão de um ou de vários eventos,** observado o disposto no item 11 destas Condições Gerais, **e será, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.**

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

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

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

16.1. O Capital Segurado contratado e 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.

16.2. Sendo este seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto do Capital Segurado, quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação.

16.3. 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.

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

17. REENQUADRAMENTO DE PRÊMIO EM RAZÃO DA FAIXA ETÁRIA

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

FAIXAS ETÁRIAS	MUDANÇA DE FAIXA	PERCENTUAL MÁXIMO DE VARIAÇÃO
1ª – Até 30 anos	Da 1ª para a 2ª faixa	5,00%
2ª – De 31 a 35 anos	Da 2ª para a 3ª faixa	13,87%
3ª – De 36 a 40 anos	Da 3ª para a 4ª faixa	13,73%
4ª – De 41 a 45 anos	Da 4ª para a 5ª faixa	16,38%
5ª – De 46 a 50 anos	Da 5ª para a 6ª faixa	23,76%
6ª – De 51 a 55 anos	Da 6ª para a 7ª faixa	30,54%
7ª – De 56 a 60 anos	Da 7ª para a 8ª faixa	14,26%
8ª – De 61 a 65 anos		

A partir de 65 anos, a cada renovação do seguro, os prêmios serão reajustados anualmente em 6%.

17.2. Os percentuais acima se aplicam sobre o valor prêmio do seguro vigente na época do reenquadramento etário.

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

18. REAVALIAÇÃO DAS TAXAS DO SEGURO

18.1. A reavaliação será a cada três anos, ou período inferior caso se verifique desequilíbrio na carteira, e se dará mediante a aplicação da metodologia descrita na Nota Técnica Atuarial do Seguro, com base nos dados estatísticos dos últimos 12 (doze) meses anteriores à data da reavaliação.

19. OCORRÊNCIA DO EVENTO

19.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Segurado ou pelos seus representantes legais, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 21 destas Condições Gerais.

20. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

20.1. Observado o disposto no item 18 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.

20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou dos beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

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

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

20.4. O pagamento da Renda Diária contratada será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, observado o disposto no item 20.7 e seguintes destas Condições Gerais:

- Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento SERIT, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu Médico Assistente;
- Exames complementares realizados;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- CPF/MF, Documento de Identidade e comprovante de residência do Segurado;
- Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito, em que o Segurado esteja dirigindo;
- CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, quando for o caso;
- Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;
- Atestado Médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente;
- Em caso de morte do Segurado, atestado de óbito.

Documentação para habilitação do(s) beneficiário(s), em caso de morte do Segurado:

- 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, comprovante de residência, termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- maiores sujeitos a **curatela**: cópia da certidão de nascimento do maior, comprovante de residência, termo de **curatela** e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

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

20.6. 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.

20.7. É facultado à Seguradora promover a constatação do seu afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, através de seus representantes ou

prepostos, bem como submeter o Segurado a exame(s) objetivando apurar a caracterização da sua incapacidade temporária, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

20.8. Se o sinistro for comunicado quando se tornar impossível sua comprovação por perito médico da Seguradora, o evento não será reconhecido, perdendo o Segurado o direito à indenização.

20.9. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

20.9.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

20.10. 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.

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

20.11. 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 do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item 20.4 destas Condições Gerais.

20.12. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 20.4, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

- juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 20.4 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).

20.12.1. 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.

21. MANUTENÇÃO E INTERRUPTÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

21.1. 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.

21.2. 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.

21.2.1. 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, das quantias 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.

22. ALTERAÇÃO DE VALORES

22.1. O Segurado poderá solicitar aumento do Capital Segurado, por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 7 destas Condições Gerais.

22.2. A redução de Capital Segurado é de exclusiva faculdade do Segurado, observando-se, porém, o disposto no item 28 destas Condições Gerais.

22.3. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 7.4 destas Condições Gerais.

23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente Seguro, ficando o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio, caso haja por parte do Segurado, do seu Corretor, do(s) seu(s) beneficiário(s) ou de seus representantes legais:

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) dolo, fraude ou sua tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, 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.**

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

23.2. 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 a cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

23.2.1. 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.**

23.2.2. O cancelamento do seguro, referido no item 23.2.1, 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.

23.3. 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.

23.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1. O seguro será cancelado:

- a) por solicitação, por escrito, do Segurado;
- b) automaticamente, com a morte do Segurado;
- c) 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;
- d) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou seus representantes legais;
- e) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- f) automaticamente, por falta de pagamento do prêmio, após o decurso do prazo previsto no item 14.1.1 destas Condições Gerais;
- g) por mútuo acordo entre o Segurado e a Seguradora;
- h) o Segurado deixar de ter atividade remunerada;
- i) quando for utilizado o total do período indenitário, antes do término de vigência deste seguro, cessando, conseqüentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio pelo Segurado.

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

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

25. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

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

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

25.2. 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.

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

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

25.5. Para a hipótese de incapacidade temporária, o beneficiário será o próprio Segurado.

26. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

26.1. Obriga-se o Segurado a prestar à Seguradora toda e qualquer informação relacionada com o evento, quer de ordem médica ou laborativa.

26.2. 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.

26.2.1. 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.**

27. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

27.1. 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.

27.1.1. 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.

27.1.2. 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.

28. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

28.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, **mediante acordo entre as partes contratantes**. 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 Adesão.

28.3. Qualquer alteração no contrato, durante a sua vigência ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para o Segurado, ou redução dos seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa do Segurado e deverá ser realizada por aditivo, ratificada pelo correspondente endosso.

29. PRAZOS PRESCRICIONAIS

29.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados 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, 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 renová-lo ao final da vigência, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das condições contratuais.

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 para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste contrato.

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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE COBERTURA ADICIONAL DE RENDA POR AFASTAMENTO DECORRENTE DE GRAVIDEZ, PARTO E SUAS INTERCORRÊNCIAS.

SOMENTE PODE SER CONTRATADA COMO ADICIONAL AO SERIT MAIS.

1. Esta Cobertura Adicional, tem por objeto garantir à Segurada:
 - a) O pagamento da renda mensal contratada, durante seu afastamento total, contínuo e temporário de todas e qualquer atividade remunerada, em consequência de intercorrências da gravidez ou do parto, exceto se decorrente de riscos excluídos e **observadas as Condições Contratuais**;
 - b) Indenização Especial por parto, **limitada ao valor correspondente a 30 (trinta) diárias contratadas**, independentemente do período de afastamento da Segurada, a ser calculada **conforme tabela prevista no item 4.1 destas Condições Especiais**.

Para fins desta cobertura parto prematuro é aquele ocorrido até a 37^a (trigésima sétima) semana de gestação.

2. FRANQUIA E PERÍODO DE AFASTAMENTO

2.1. A renda por afastamentos decorrentes de intercorrências da gravidez ou do parto é devida a partir do 11º (décimo primeiro) dia, inclusive, e estará limitada ao máximo de 60 (sessenta) diárias por gestação.

3. CARÊNCIA

3.1. O prazo de carência para esta Cobertura Adicional é de 6 (seis) meses, contados a partir da adesão da Segurada ao Seguro.

3.2. Em caso de aumento de Capital Segurado, o prazo de carência é de 6 (seis) meses, exclusivamente quanto à parte aumentada, computado a partir do início de vigência desse aumento.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. A renda por afastamentos decorrentes de intercorrências da gravidez ou do parto é devida a partir do 11º (décimo primeiro) dia, inclusive, e estará limitada ao máximo de 60 (sessenta) diárias, por gestação.

4.1.1. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor da Renda Diária vigente na data da ocorrência do evento.

4.1.2. Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento a data do início do afastamento da Segurada em razão do parto ou em intercorrências da gravidez.

4.2. Caso a Segurada venha a falecer após o 11º dia de afastamento de toda e qualquer atividade remunerada, decorrente do parto ou de intercorrências da gravidez, a Seguradora pagará ao(s) seu(s) beneficiário(s) o valor da renda contratada correspondente ao período indenitário, abatendo-se o período de afastamento eventualmente já indenizado à própria Segurada, conforme disposto no item 3.4 das Condições Gerais.

4.2.1. Se o falecimento se der em consequência do parto, sem que tenha havido afastamento da Segurada, a Seguradora pagará ao(s) seu(s) beneficiário(s) a indenização especial por parto limitada a 30 (trinta) diárias, a ser calculada com base na tabela prevista no item 4.3 destas Condições Especiais.

4.3. Em caso de parto coberto, o valor a ser pago corresponderá a 30 (trinta) diárias e será calculado na forma da seguinte tabela:

MÊS DE VIGÊNCIA DA GARANTIA DE PARTO	PERCENTUAL DO VALOR CORRESPONDENTE A 30 (TRINTA) DIÁRIAS
7º	50 %
8º	60 %
9º	70 %
10º	80 %
11º	90 %
12º	100 %

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 19 das Condições Gerais, devendo o Segurado apresentar à Seguradora os documentos referidos no item 19.4, bem como a Certidão de Nascimento do recém-nascido, em original ou cópia autenticada.

5.2. A reintegração do Capital Segurado será automática ao término do período de afastamento.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

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

- a) Simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica, ou
- b) Em data posterior, prevista em Aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta Cobertura termina:

- a) Simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão da Segurada do seguro;
- c) quando a Segurada solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice e;
- d) no caso de morte da Segurada.

7. CANCELAMENTO DESTA COBERTURA

7.1. Esta Cobertura Adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens 23 e 24 das Condições Gerais, observado o disposto no item 6.2 destas Condições Especiais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Estas Condições Especiais fazem parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nelas 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 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

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

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

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/ 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**