

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 UNIMED ACIDENTES PESSOAIS PREMIÁVEL

Contratação Coletiva

Reg. SUSEP nº 15414.002583/2008-84 – Versão 04.2016

Cobertura Básica: Morte Acidental

Coberturas Adicionais Opcionais:

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)

Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH)

Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Diária por Internação em UTI (DUTI)

Cláusulas Suplementares:

Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge

Inclusão Facultativa ou Automática de Filho

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, 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 accidental 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 accidentais 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, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
 - **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido 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. No caso da cobertura de invalidez permanente por acidente, diárias por incapacidade temporária por acidente, despesas médicas, hospitalares e odontológicas e diária por internação em UTI o beneficiário será o próprio Segurado, observado o disposto no item 6 da Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge e no item de mesmo número da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho;

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

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, 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.

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

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Condições Especiais Cobertura Adicional, da Apólice, e quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual;

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

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

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e

promover contratos de seguros;

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

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

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Contratuais do Seguro;

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

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

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

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

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

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

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

Proposta de Adesão é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas) manifestando pleno conhecimento destas Condições Gerais;

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

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

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

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

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

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, adicionais e suplementares:

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

3.1.2. Coberturas Adicionais Opcionais:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM);
- Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT);
- Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH), e
- Diária por Internação em UTI (DUTI).

3.1.3. Suplementares:

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

3.2. Quando o Segurado tiver idade inferior a 14 (quatorze) anos, ele fará jus exclusivamente às coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, se contratadas. Em caso de morte, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.3. A indenização por morte de Segurado Dependente, quando houver, é devida ao Segurado Principal, conforme disposto na respectiva Cláusula Suplementar de

Inclusão.

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

3.4.1. O Estipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a Básica obrigatória e as demais facultativas.

3.4.1.1. Não poderão ser contratadas pelo Estipulante, de forma simultânea, as coberturas de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

3.4.2. As coberturas contratadas estarão expressas na Apólice, na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e serão reguladas pelas respectivas Condições Gerais, pelas Condições Especiais de Cobertura Adicional e pelo Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;***
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações de ordem pública 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 ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;***
- d) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos 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, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

i) agravação intencional do risco, por parte do Segurado e

j) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

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

a) doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

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

d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

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

f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;

g) g)envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões

classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- i) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;***
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;***
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e***
- l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.***

4.3. Além dos riscos acima especificados, estão também excluídos os eventos expressamente mencionados nas Condições Especiais das coberturas adicionais eventualmente contratadas.

5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por morte e por invalidez permanente decorrentes do mesmo acidente **não se acumulam**. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a **Seguradora pagará a indenização devida para morte, deduzida a importância já paga por invalidez**, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para morte.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

6.1. Este seguro abrange os acidentes decorrentes de eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu

representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

7.1. Aceitação da Proposta de Contratação

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

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

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

7.1.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o **prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à 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 7.1.1.2.

7.1.3. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta de Contratação será considerada 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 7.1.1.2 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.2.9. Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno do trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante, **observado o disposto no item 7.2.3.**

7.2.10. A Seguradora terá **prazo de 15 (quinze) dias corridos**, contado da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no Seguro.

7.2.11. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, **o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à 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 7.2.10 acima.

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

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

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

7.2.15. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item 7.2.10 destas Condições Gerais.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. Vigência e Renovação da Apólice

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

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

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

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

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

8.1.4. O início e o término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas 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, observado o disposto no item 8.1.4;
- no 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;
- em outra data, se definida no contrato.

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

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

9. CERTIFICADO INDIVIDUAL

9.1. No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

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

9.2. Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela

também será indicada no Certificado Individual.

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

10. CARÊNCIA E FRANQUIA

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

10.2. Não haverá franquia para os eventos decorrentes de Acidente Pessoal coberto por este seguro, exceto para a Cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente – DIT, conforme disposto nas respectivas Condições Especiais.

11. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

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

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

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

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

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

12.1.3. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da apólice.

12.2. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que

Ihe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar, no documento utilizado na cobrança do prêmio, o valor do prêmio de cada Segurado.

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

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

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

13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

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

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

13.2. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos. Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 13.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

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

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice, do Certificado Individual e do Contrato.

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

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

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

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

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

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

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

15.3. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados 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.

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

16. OCORRÊNCIA DO EVENTO

16.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora**, pelo Corretor, pelo 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 17 destas Condições Gerais.**

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

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

- Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente (ou para o caso do pedido de reembolso de despesas odontológicas a declaração deverá ser emitida pelo Dentista), indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e quando for o caso, com a assinatura do segurado;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando for o caso;
- Cópia da CAT – Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial ou do TC – Termo Circunstanciado, em caso de morte acidental;
- Cópia do laudo do I.M.L., em caso de morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado.

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

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

17.4.2. Para a Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, o Segurado deverá providenciar mais os seguintes documentos:

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

17.4.3. Para as Coberturas de Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos originais, conforme o caso:

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

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

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

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

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

- diagnóstico,
- tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
- nome do paciente;
 - data do atendimento;
 - valor cobrado (numérico e por extenso);

- descrição do tipo de atendimento, e
- dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

d) Despesas Hospitalares:

- a) Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico, data da ocorrência do evento, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
- b) Cópia dos laudos, se forem realizados exames de imagem;
- c) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar, a qual deverá constar:
 - nome do paciente;
 - data do evento;
 - período da internação;
 - valor cobrado (numérico e por extenso);
 - descritivo com valores (número e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;
 - recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visita hospitalares e demais honorários médicos e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CPF/MF, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura.

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

- Relatório médico e/ou odontológico justificando a implantação da prótese e/ou órtese;
- Nota Fiscal quitada do prestador, contendo: nome do paciente, data do atendimento, valor cobrado (numérico e por extenso) e descrição do tipo da prótese e/ou órtese.

17.4.4. Para a Cobertura de Diária por Internação em UTI (DUTI), quando contratada, além dos documentos listados no item 17.4 destas Condições Gerais, o Segurado deverá providenciar os seguintes documentos, conforme o caso:

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

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

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um, **mais:**

- Cônjuge: Certidão de casamento atualizada e emitida após a data do óbito;
- Companheira(o): prova de “união estável”.

No caso de beneficiários menores ou incapazes:

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

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

17.6. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

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

17.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados no item 17, **o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.4 será suspenso**, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

17.8. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 17.4, a Seguradora pagará o valor 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 17.4 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e
- multa de 2% (dois por cento).

17.8.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante e/ou o Segurado obrigados ao pagamento do

prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes legais ou dos seus beneficiários:

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;**
- 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.**

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

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

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

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

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

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

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada**

- proporcionalmente ao tempo decorrido, ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:** cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

20.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento, ou com o final de vigência sem renovação, da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora;**
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, observado o disposto no item 20.2, destas Condições Gerais;**
- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;**
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 13 destas condições gerais;**
- e) com o falecimento do Segurado Principal ou com o recebimento do capital segurado em caso de caracterização cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente e**
- e) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas nos itens 19 e 21 destas Condições Gerais.**

20.1.1. Em caso de pagamento de prêmio após a cessação da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

20.2. Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante, aquele poderá continuar coberto pela Apólice quando assumir o custo total do mesmo, **desde que haja concordância do Estipulante.**

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;**
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias 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
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
 - e.1) Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo junto, à Seguradora, contendo a anuência de ¾ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente.

21.2. O Seguro 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 nas Condições Contratuais, 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.

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

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

21.5. A cobertura dos Segurados Dependentes, incluídos por Cláusula Suplementar, será cancelada nos seguintes casos:

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

e) com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

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

22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

22.1 O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

22.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive, dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

23.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

23.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

23.1.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais de Coberturas Adicionais, nas Cláusulas Suplementares 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 Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, das Condições Especiais das Coberturas Adicionais e das Cláusulas Suplementares, enviando-lhes cópia integral;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado e
- informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

25. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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

26. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

26.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, **mediante**

acordo entre Seguradora e Estipulante. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

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

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

26.2. 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.

26.3. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item 8.1.6 destas Condições Gerais.

27. PRAZOS PRESCRICIONAIS

27.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

28.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das Condições Contratuais.

28.5. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título,

caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do segurado ao seguro.

29. FORO

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

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

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

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

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

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

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea “a”, 2das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cobertura Adicional os eventos mencionados no item 4 das Condições Gerais.

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 17.4 e seguintes das Condições Gerais.

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

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

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

6. CAPITAL SEGURADO

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

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

6.3. Caso o Segurado venha a se tornar totalmente inválido, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por Invalidez Permanente Parcial, será deduzido do capital segurado previsto nesta cobertura o percentual já pago para invalidez parcial.

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

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

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros	100
	Perda total do uso de ambos os membros	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40

	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, excluído o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneais	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	equivalente $\frac{1}{2}$ do
	- Perda dos demais dedos	equivalentes a $\frac{1}{3}$
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10	
- De 3 (três) centímetros	06	
- Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização	
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20

DIVERSAS	Em grau máximo	30
	NARIZ	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03	
Má oclusão palpebral bilateral	06	
Ptose palpebral unilateral	05	
Ptose palpebral bilateral	10	
DIVERSAS	APARELHO DA FONACÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50%	15
	mais de 50%	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de	
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondaçens	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim	
	Função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50	
Redução da função renal (dialítica)	75	
APARELHO GENITAL E		
Perda de um testículo	10	
Perda de dois testículos	30	
Amputação traumática do pênis	50	
Perda do útero antes da menopausa	40	
Perda do útero depois da menopausa	10	
PAREDE ABDOMINAL		
Hérnia traumática	10	
PESCOCO		
Estenose da faringe com obstáculo a	15	
Lesão do esôfago com transtornos da	15	

Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função	25
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05
PERDA DO BACO	15

8. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

9. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

9.1. Esta Cobertura 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 e no Certificado Individual,

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

9.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;
- c) com o recebimento integral do Capital Segurado em razão de Invalidez Permanente Total por Acidente.

10. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

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

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

1.3. A Cobertura prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional **NÃO** se estende ao cônjuge e/ou filho(s), incluídos pela Cláusula Suplementar.

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

2. CONCEITO

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea “a”, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais de Cobertura Adicional deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 17.4 e seguintes das Condições Gerais.

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

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

5.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 22 das Condições Gerais.

6. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

7. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

8.1. Esta Cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados, simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

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

9. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

3. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

- a) estejam exercendo atividade remunerada, objeto desta Cobertura, em **território brasileiro;**
- b) estejam em boas condições de saúde.

4. COBERTURAS OFERECIDAS PELO SEGURO

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

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

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

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

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

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

5. RISCOS COBERTOS

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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos eventos previstos no item 4 das Condições Gerais, estão também expressamente EXCLUÍDOS da presente Cobertura Adicional, os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

- a) acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;**
- b) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta Garantia e**
- c) envenenamentos de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população;**

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

7. CARÊNCIA

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

8. FRANQUIA

8.1. O Segurado somente terá direito à cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia correspondente a 15 (quinze) dias ininterruptos, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos contados a partir da data do afastamento, do Segurado, de suas atividades profissionais por determinação médica.

9. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

9.1. Somente será indenizado o período de afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que corresponda ao da efetiva incapacidade laborativa e haja compatibilidade com o período necessário à recuperação do Segurado, segundo critério habitualmente observado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida, salvo nos casos de intercorrências que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por Laudo do Médico Assistente e exames subsidiários.

9.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e

qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

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

10. DATA DO EVENTO

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

11. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. O pagamento do Capital Segurado observará o disposto no item 17 das Condições Gerais.

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

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

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

12. MANUTENÇÃO E INTERRUÇÃO NO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1. 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.

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

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

13. ALTERAÇÃO DE VALORES

13.1. O Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, por meio de proposta escrita, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item 9.1 e seguintes, das Condições Gerais, e os itens 4.2 e 4.3 destas Condições Especiais de Cobertura Adicional.

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

14. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

14.1. Esta Cobertura começa a vigorar:

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

14.2. Esta Cobertura termina:

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

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

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

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE

DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES – DMH

**PODE SER CONTRATADA SOMENTE PARA O SEGURADO PRINCIPAL, COMO ADICIONAL À COBERTURA BÁSICA
NÃO PODERÁ SER CONTRATADA COM A COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

CapitalSegurado contratado;

3. CONCEITO

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

4. RISCOS COBERTOS

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

i) perda de dentes e danos estéticos.

6. COBERTURA

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

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

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

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico ou hospitalar, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento assegurado pela presente Cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

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

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

9. CAPITAL SEGURADO

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

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência

do sinistro, salvo decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais.

10.2. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

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

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro e**
- c) com o falecimento do Segurado.**

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

hospitalar e odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

3. CONCEITO

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

4. RISCOS COBERTOS

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

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

- g) procedimentos médicos, hospitalares e odontológicos não prescritos ou solicitados pelo Médico e/ou Dentista Assistente;*
- h) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como*

lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários a lei.

6. COBERTURA

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

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

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

7. DATA DO EVENTO

7.1. Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico, hospitalar e odontológico, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica ou odontológica apta a essa finalidade.

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

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

9. CAPITAL SEGURADO

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

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

9.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

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

- simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou
- em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.

11.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro e
- c) com o falecimento do Segurado.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

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

- **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado ao Segurado Principal, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), em decorrência de acidente pessoal coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;
- **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado Principal, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica;
- **Renda diária** é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de comprovada internação, exclusivamente em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o Segurado Principal permanecer internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). O Segurado Principal somente terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 (doze) horas.
- **Hospital** é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamento médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

3. CONCEITO

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

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais prevista no item 2, alínea “a”, das Condições Gerais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

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

5.2. Também não haverá cobertura caso:

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

5.3. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

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

6. COBERTURA

6.1. Esta Cobertura consiste no pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade Terapia Intensiva) do Segurado Principal, **decorrente de acidente pessoal coberto, observado o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, observados os riscos excluídos e os demais itens destas Condições**

Especiais de Cobertura Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.

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

6.1.2. A cobertura inicia-se no primeiro dia da internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e termina no dia da alta médica da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Principal, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

6.1.3 No caso do período de permanência em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não ser contínuo durante a internação hospitalar do Segurado Principal, o número máximo de diárias equivalerá a somatória dos períodos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

7. DATA DO EVENTO

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

8. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

8.1. O evento coberto pela presente Cobertura será comprovado mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

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

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

9. CAPITAL SEGURADO

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

9.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, respeitados os valores contratados.

10. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. O pagamento do Capital Segurado devido por esta Cobertura observará o disposto no item 17 das Condições Gerais.

11. INÍCIO E TÉRMINO DESTA COBERTURA

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

- **simultaneamente, com o início de vigência da Cobertura Básica ou**
- **em data posterior, prevista em aditivo, quando esta Cobertura for contratada após o início de vigência da Apólice.**

11.2. Esta Cobertura termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da Cobertura Básica ou da presente Cobertura;**
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro e**
- c) com o falecimento do Segurado.**

11.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta Cobertura, não haverá dedução do valor contratado para a Cobertura Básica.

12. CANCELAMENTO DA PRESENTE COBERTURA

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

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática ao cônjuge, do Segurado Principal, no seguro, **exclusivamente, nas seguintes Coberturas:**

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

1.2. Para fins desta Cláusula, somente será permitida a contratação das Coberturas acima especificadas e desde que o Segurado Principal também as tenha contratado.

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

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que, na data da sua inclusão nesta Cláusula:

- se encontrar em boas condições de saúde e
- atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

2.2. A inclusão do cônjuge se dará, por solicitação do Segurado Principal, mediante preenchimento de Proposta de Adesão; as declarações ali prestadas, bem como a assinatura da Proposta, **serão de responsabilidade do Segurado Principal**, observado o disposto no item 7.2 e seguintes das Condições Gerais.

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no do item 2, alínea “a”, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente **EXCLUÍDOS** desta Cláusula os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

5. CAPITAIS SEGURADOS

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

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

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

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

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

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

7.1. As coberturas previstas nesta Cláusula começarão a vigorar:

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

7.2. O término de vigência desta Cláusula observará o disposto no item 21.2.1 das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA OU AUTOMÁTICA DE FILHO

1. OBJETIVO

1.1. A presente Cláusula Suplementar, **desde que contratada**, tem por objetivo a inclusão facultativa ou automática do filho, do Segurado Principal, **exclusivamente**, da Cobertura Básica – morte acidental.

1.2. Para fins desta Cobertura, somente será permitida a contratação da Cobertura Básica.

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

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

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

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

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1. Somente poderão participar do seguro os filhos que, na data da sua inclusão nesta Cláusula:

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

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

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

2.3. Poderão ser aceitos, a critério exclusivo da Seguradora, os filhos incluídos no grupo inicial da Apólice ou cujas inclusões sejam solicitadas até 30 (trinta) dias da data em que passarem a fazer parte do grupo segurável.

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

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

3. RISCOS COBERTOS

3.1. Estão expressamente cobertos os riscos das lesões acidentais previstas no item 2, alínea “a”, das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente EXCLUÍDOS desta Cláusula os eventos previstos no item 4 das Condições Gerais.

5. CAPITAL SEGURADO

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

5.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

6.1. O beneficiário da indenização por morte acidental prevista nesta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

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

7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA CLÁUSULA

7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

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

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

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Esta Cláusula faz parte das Condições Contratuais da Apólice. As normas nela constantes, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cláusula, 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/](http://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