

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP;
- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no site eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025

Processo SUSEP nº15414.902338/2019-21.

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	4
2.	COBERTURAS DO SEGURO	4
3.	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS	5
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	15
5.	CARÊNCIA	16
6.	FRANQUIA	16
7.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	16
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	17
9.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	19
10.	BENEFICIÁRIOS	20
11.	CAPITAIS SEGURADOS	21
12.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	21
13.	CUSTEIO DO SEGURO	22
14.	PAGAMENTO DO PREMIO	22
15.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO	23
17.	CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO	24
18.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	25
19.	COMUNICADO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	25
20.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	27
21.	DOCUMENTOS DE SINISTROS	28
22.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	36
23.	CANCELAMENTO DO SEGURO	37
24.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	37
25.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	39
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	39
27.	DISPOSIÇÕES GERAIS	40
28.	PRESCRIÇÃO	40
29.	FORO	40
30.	CONCEITOS	40



SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO – TAXA MÉDIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir a quitação parcial ou total da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.**
- 1.2 Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.
- 1.3 Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024 e, no que couber, pela Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de Resoluções, Circulares e Instruções Normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.
- 1.4 **Os seguros contra os riscos de morte e de perda de integridade física de pessoa que visem a garantir direito patrimonial de terceiro ou que tenham finalidade indenizatória submetem-se, no que couber, às regras do seguro de dano.**
- 1.5 Qualquer alteração no contrato de seguro será efetuada mediante emissão de endosso pela Seguradora.

2. COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1 É facultado ao Estipulante a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo Grupo Segurado, as quais deverão constar da “Proposta de Contratação”, **e somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.**
- 2.2 **As coberturas deste Seguro serão divididas em Básicas e Adicionais:**
 - Coberturas Básicas:**
 - **Básica – Morte;**
 - **MA – Morte Acidental.**
 - Coberturas Adicionais:**
 - **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;**
 - **IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;**
 - **IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;**
 - **RIH – Renda por Internação Hospitalar;**
 - **PRD – Perda de Renda por Desemprego.**
 -
- 2.3 Não haverá cobertura se o evento resultar de um Risco Excluído e/ou em caso de Perda de Direitos previsto nestas Condições Gerais.
- 2.4 Em caso de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de Coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

3. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS

3.1 BÁSICAS

3.1.1 Morte

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, **em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental**, devidamente coberta durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

3.1.2 MA – Morte Acidental

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente, por acidente pessoal devidamente coberto** durante a vigência do Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

3.1.2.1 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.2 ADICIONAIS

3.2.1 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **Total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 3.2.1.1, em virtude de lesão física causada por acidente 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, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.1.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior



- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

3.2.1.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

3.2.1.3 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

3.2.1.4 Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

3.2.1.5 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização da Cobertura de Morte a importância já paga pela cobertura de Invalidez Permanente por Acidente.

3.2.1.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.2.2 IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento antecipado do Capital Segurado Individual contratado para a Cobertura Básica (Morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

3.2.2.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

3.2.2.1.1. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definitiva nas Condições Gerais e/ou especiais do Segurado.

3.2.2.1.2. Está coberta a ocorrência comprovada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes provenientes de doença, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;



- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 06 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doenças, a seguir relacionadas:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associadas à de um dos pés.

3.2.2.1.3. Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda de sua Existência Independente, os abaixo especificados:



- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.

3.2.2.1.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Permanente e Total por Doença Funcional.

3.2.2.1.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

3.2.2.1.6 Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 03 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Para classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Documento 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

Documento 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

3.2.2.2. Ocorrendo a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (Morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a Cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individualmente.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data da caracterização da invalidez serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

3.2.2.3. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

3.2.2.3.1. Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

3.2.2.3.2. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional não se acumula com nenhuma outra cobertura.



3.2.2 IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de incapacidade física total temporária, decorrente de acidente ou doença, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontre sob tratamento médico, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.**

3.2.3.1. O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de parcela única, observados os critérios do plano contratado.

3.2.3.2. Para fins desta cobertura, entende-se profissional liberal ou autônomo o Segurado que comprove através de documentos a condição de autônomo e/ou profissional liberal, demonstrando a última Declaração de Imposto de Renda ou Registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP quando solicitado.

3.2.3.3. A indenização por incapacidade física será devida a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

3.2.3.4. O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3.2.3.5. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

3.2.3.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Contrato de Seguro, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;**
- b) Hospitalização para “check-up”;**
- c) Diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**



- e) Cirurgias plásticas e suas consequências salvo as restauradoras decorrentes de acidente ocorrido na vigência do Seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- f) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- g) Tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- i) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.
- j) Lesões de esforço repetitivo - L.E.R. (tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dor miofacial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados a DORT);
- k) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- m) Luxações recidiva de qualquer articulação;
- n) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação.

3.2.4 RIH – Renda por Internação Hospitalar

Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado Individual, contratado para esta cobertura, no caso de internação hospitalar do segurado decorrente de acidente ou doença, **desde que as internações não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo Segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

3.2.4.1 Será efetuada a quitação do valor da obrigação cujo vencimento estiver compreendido no período de internação do segurado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora quanto à franquia, limite máximo de indenização e período para esta cobertura, podendo o pagamento ser parcelado ou pago através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado.

3.2.4.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro, salvo definição contrária prevista em Condições Particulares da Apólice.

3.2.4.3 O conjunto de ocorrências que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença será considerado um mesmo evento exceto quando o intervalo entre estas ocorrências for superior à 12 (doze) meses.

3.2.4.4 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.



3.2.4.4.1 A indenização dessa cobertura fica limitada ao capital segurado para amortização da dívida durante o período da internação, podendo ocorrer de forma intermitente durante a vigência do seguro e de acordo com as demais condições estabelecidas no contrato.

3.2.4.5 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto se decorrente de tentativa de suicídio, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- c) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- d) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- e) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- f) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- h) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- i) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- j) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- k) Diálises, hemodiálises;
- l) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

3.2.5 PRD – Perda de Renda por Desemprego

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de desemprego involuntário do Segurado quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato de Seguro.**

3.2.5.1 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado, observados os limites de contratação estabelecidos pela Seguradora, e o pagamento da indenização poderá ser parcelado ou através de única parcela, de acordo com o plano contratado.



3.2.5.2. Para fins desta cobertura entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.

3.2.5.2.1. O Segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo de 12 (doze) meses com jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.

3.2.5.3. Após um evento de desemprego indenizado, o segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à indenização de um segundo evento de desemprego.

3.2.5.4 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido no Contrato de Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de 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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;



- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei e, nos seguros contratados por pessoa jurídica, também por parte dos sócios controladores, dirigentes e administradores;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente.
- i) Riscos cibernéticos e perdas financeiras, materiais ou corporais decorrentes de atividades maliciosas cibernéticas internas ou externas.
- j) Sinistro cuja causa não for possível de ser apurada e concluída pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

5. CARÊNCIA

- 5.1. A cobertura básica e adicionais de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda por Internação Hospitalar (RIH), estão sujeitas ao período de carência definidos no Contrato de Seguro.
- 5.2. **Para a cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) o período de carência será de 30 (trinta) dias.**
- 5.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente.
- 5.4. O pagamento antecipado do Prêmio do Seguro não elimina a carência estabelecida para o Seguro.
- 5.5. Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Seguro.

6. FRANQUIA

- 6.1 As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Perda de Renda por Desemprego (PRD) estão sujeitas ao período de franquia definido no Contrato de Seguro.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 7.1 O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas que seguem relacionadas: Básica (Morte), Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF).



- 7.2** Para as coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda de Internação Hospitalar (RIH), e Perda de Renda por Desemprego (PRD) o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro.
- 7.3** As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 8.1. A aceitação, deste seguro será precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro e no Questionário de Avaliação de Risco.**
- 8.2.** A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo Estipulante, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.
- 8.3.** O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado
- 8.4.** A Proposta de Seguro e o Questionário fazem parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.
- 8.5.** A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impeditivo da livre iniciativa empresarial.
- 8.6.** O Proponente/Estipulante é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário que lhe submeta a Seguradora. As partes e os terceiros intervenientes nos contratos, ao responderem o Questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.
- 8.6.1** O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 8.6.2** O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 8.6.3** Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.



- 8.6.3.1** Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora
- 8.6.3.2** A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando os aspectos comerciais, atuariais e técnicos.
- 8.6.3.3** Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, às despesas administrativas e tributos.
- 8.7** Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas através do Portal do Corretor ou Portal de Parceiros autorizados.**
- 8.8** A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, Proposta de Adesão dos Proponentes e Questionários de Saúde, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações complementares.
- 8.8.1** A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.
- 8.8.2** **As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.**
- 8.9** Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**
- 8.10** No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.
- 8.11** Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.
- 8.12** Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.
- 8.13** Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.
- 8.14** A inclusão dos componentes seguráveis, poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação:



8.14.1 Automática: nos seguros não contributários, quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

8.14.2 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

8.15 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

8.15.1 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1 Vigência da Apólice Mestre:

9.1.1 O início de vigência da apólice mestra se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Contrato de Seguro e o final de vigência não poderá superar o prazo da obrigação a que está atrelado, quando esta possuir data prevista de término.

9.1.1.1 Os prazos acima mencionados, bem como o prazo de comercialização do seguro individual e a data da Revisão Atuarial serão estabelecidos nas Condições Contratuais e na Apólice Mestre.

9.1.1.2 Não haverá aceitação para proponentes cujo prazo do financiamento ultrapasse ao máximo supracitado.

9.1.2 Na ocasião da Revisão Atuarial estabelecida na Apólice Mestre, a Seguradora reserva-se o direito de elaborar recálculo atuarial do grupo segurado e apurar o resultado financeiro da apólice. Caso se verifique desvio no recálculo da taxa e/ou no resultado financeiro da apólice que impossibilite a manutenção das condições vigentes, a Seguradora Deverá manifestar-se em até 30 (trinta) dias de antecedência da data da revisão atuarial, para repactuar o Contrato de Seguro.

9.1.3- A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante, através da emissão do respectivo Aditivo à Apólice.

9.1.4 Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ser precedida de anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.1.5 No caso de não renovação da Apólice Mestre, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da Apólice Mestre, respeitando o período correspondente ao prêmio pago.

9.1.6 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice Mestre na data do vencimento da vigência, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

9.2 Vigência da Cobertura Individual

9.2.1 Os seguros individuais vigorarão enquanto a Apólice Mestra estiver em vigor, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do Certificado Individual.

9.2.2 A vigência dos Certificados Individuais corresponderá ao prazo da obrigação contratual a que está atrelado, e terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Certificado Individual do Seguro, **e desde que não ultrapasse o fim de vigência da Apólice Mestra.**

9.2.2.1 Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato relativo às obrigações ali assumidas, a Seguradora deverá ser formalmente comunicada, sendo que:

a) Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio correspondente ao período remanescente;

b) Se houver ampliação do prazo original, a Seguradora deverá se manifestar, dentro do prazo fixado na regulamentação aplicável, quanto ao interesse na extensão da vigência do seguro.

9.2.2.2 Em caso de extinção antecipada da Obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

9.2.2.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice Mestra, se esta não for renovada.

10 BENEFICIÁRIOS

10.1 O primeiro beneficiário do seguro prestamista é o credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

10.2 A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

10.2.1 Na falta de indicação expressa de segundo beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

10.2.1.1 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.



10.2.1.2 A seguradora não notificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

11. CAPITAIS SEGURADOS

11.1 Este seguro está estruturado na modalidade de **Capital Fixo**, na qual o Capital Segurado não varia ao longo da vigência do Seguro e independe da evolução do valor pago pela obrigação assumida pelo Segurado junto ao Credor.

11.1.1 Será considerado para indenização para fins de indenização em caso de sinistro coberto, o valor informado pelo Estipulante à Seguradora, **sendo limitado ao capital segurado máximo estabelecido no Contrato de Seguro.**

11.1.2 Para fins de indenização serão avaliados os valores estabelecidos para cada cobertura.

11.1.3 No caso de contratação do seguro prestamista para obrigações assumidas por pessoas jurídicas, o Capital Segurado será limitado ao valor contratado por cada sócio participante do Seguro, independentemente da quantidade de sócios segurados.

11.1.4 Na ocorrência do Evento Coberto, caso o valor da Obrigação financeira devida ao Credor seja menor do que o valor do Capital Segurado a ser indenizado, a diferença apurada será paga ao próprio Segurado, ou ao segundo Beneficiário por ele, conforme disposto na Cláusula BENEFICIÁRIOS, destas Condições Gerais.

11.1.5 Desde que expressamente definido nas Condições Contratuais, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da Obrigação por parte do Segurado, poderão ser deduzidas do valor do Capital Segurado e, conseqüentemente, da indenização a ser paga em caso de Evento Coberto, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

11.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Cobertura Básica de Morte a data do falecimento;
- b) nas Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), a data do acidente;
- c) nas Coberturas de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) a data em que a Invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- d) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT), a data do diagnóstico da incapacidade;
- e) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD), quando não houver aviso prévio, a data da baixa do contrato de trabalho do Segurado. Quando houver aviso prévio da dispensa, será considerada como data do evento aquela do aviso prévio;
- f) na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

12. CERTIFICADO INDIVIDUAL



12.1 No início de cada vigência e a cada renovação do Contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do Seguro Individual **do Segurado**;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do Prêmio Total.

13. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato ~~de Seguro~~, o custeio do Seguro pode ser:

13.1 Não Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

13.2 Contributário – quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

14. PAGAMENTO DO PREMIO

14.1 Os prêmios individuais serão pagos pelos segurados na mesma periodicidade e em conjunto com o pagamento das parcelas do Financiamento, podendo ser em parcela única ou fracionada, conforme definição nas Condições Contratuais do seguro.

14.1.1 Em caso de pagamento fracionado do Prêmio, o Segurado poderá efetuar o pagamento de mais de uma parcela, quer seja lance, antecipação ou atraso, sendo que tais pagamentos deverão constar nas relações mensais do faturamento à ser enviado à Seguradora. Neste caso, fica garantida a Cobertura do Seguro correspondente aos prêmios recolhidos antecipadamente, **desde que não sejam relativos à quitação da Obrigação.**

14.1.1.1 Para os Prêmios fracionados, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência do Certificado Individual do Seguro.

14.1.1.2 Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

14.2 O Estipulante será responsável pelo recolhimento dos prêmios individuais e repasse à Seguradora nas datas estabelecidas nas Condições Contratuais do Seguro.

14.2.1 **É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.**

14.2.2 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação relativas à sua inclusão no Seguro.

14.3 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:



14.3.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do Prêmio do Seguro houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja o referido expediente.

14.3.2 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora/Corretor e solicitar a emissão da 2º via do boleto bancário.

14.4 Nos Seguros Contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os Prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da Apólice Mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

14.5 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

14.5.1 Haverá devolução dos prêmios a decorrer nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

14.6 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido na Proposta de Contratação, acarretará a suspensão imediata de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.1.1 Quando suspensa a cobertura do Seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

15.2 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:



Nestes casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

15.3 A Seguradora enviará ao Segurado, ou, se o caso, ao Estipulante, ou corretor de seguros ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, e o advertindo de que, **não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.**

15.3.1 O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.

15.3.2 Porém, se o Segurado, ou o Estipulante, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

15.3.3 A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

15.3.4 O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

15.3.5 O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

15.4 Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a Seguradora não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.

16. O CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1 O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e que após 90 (noventa) dias de suspensão, o seguro será cancelado.

16.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação.

16.3 Ainda que seja feito o pagamento da parcela subsequente à parcela em aberto, não afastará a suspensão das garantias e o consequente cancelamento da apólice.

17. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO



- 17.1 O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão do Certificado, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.**
- 17.2 A Seguradora ou o Estipulante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.
- 17.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos.
- 17.3.1 A devolução a que se refere o subitem acima será realizado pelo mesmo meio desde que expressamente aceito pelo Segurado.

18. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

18.1 Para os Seguros com vigência superior a um ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada nos dois meses anteriores aniversário do Seguro.

18.1.1 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

19. COMUNICADO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

19.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

19.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

19.2.1 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

19.2.2 Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.



19.2.3 Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.

19.2.4 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.

19.2.5 Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.

19.3 A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.

19.4 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

19.4.1 A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

19.4.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.

19.4.3 Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

19.4.4 Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora poderá manifestar-se em prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

19.5 A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

19.5.1 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.



- 19.6 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**
- 19.7** O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.
- 19.8** Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.
- 19.9** São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.
- 19.10** A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

20.1.1 A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

20.1.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.

20.1.3 Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora poderá realizar a liquidação em prazo superior ao disposto no subitem 20.1, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

20.1.4 O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

20.1.5 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.



20.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no subitem **20.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.

20.2 Em apurando existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar, a Seguradora adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

21. DOCUMENTOS DE SINISTROS

21.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 19 - Comunicação e Regulação de Sinistros das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos descritos a seguir, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

21.1.1 Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento;
- e) DPS – Declaração Pessoal de saúde, com a data da contratação e assinado pelo segurado (quando houver).

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Carta de saldo devedor;
- c) Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);



- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;
*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais – Se houver saldo remanescente:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);

- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros) – se houver saldo remanescente.

21.12 Para a Cobertura Morte Acidental:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

II. Da empresa Credora.

- a. Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b. Carta de saldo devedor;
- c. Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo Segurado e se o Segurado foi condutor na ocasião do acidente;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito)
- h) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- i) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- j) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- k) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;
- l) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de



diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais – Se houver saldo remanescente:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente;
- b) CPF dos beneficiários ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado); Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros) – se houver saldo remanescente.

21.1.3 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I. Do segurado:



- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Carta de saldo devedor;
- c) Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo, e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a seqüela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- h) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- i) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- j) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza a lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da seqüela foram esgotados;
- k) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;

- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da seqüela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

21.1.4 Para Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado; Certidão de Nascimento;
- d) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 06 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Carta de saldo devedor;
- c) Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como período de afastamento;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- c) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- g) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- h) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria):



- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

21.1.5. Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Carta de saldo devedor;
- c) Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Prontuário hospitalar completo do período de internação;
- b) Declaração do hospital em papel timbrado, com informações do período de internação (data inicial até a alta médica hospitalar), com informações da causa e procedimentos realizados;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- b) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- c) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo Exame de Corpo Delito;
- e) Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML).



Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

21.1.6 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego:

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Certidão de Nascimento.

II. Da empresa Credora:

- a) Contrato de empréstimo e/ou adesão ao financiamento/consórcio;
- b) Carta de saldo devedor;
- c) Faturas do mês do evento e posterior.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Termo de rescisão contratual devidamente assinado;
- b) Páginas da CPTS (identificação, do último registro, posterior ao último registro e observações).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou credor (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, será solicitado ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

Caso seja necessário, podem ser realizadas perícias e até Junta Médica, com a finalidade de definir o evento.



O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

21.2 Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, 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.

22.2.1 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.

21.2.2 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.

21.3 Perícia da Seguradora

21.3.11 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Gerais.

21.3.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

21.3.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo Contrato e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

22. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

22.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;**
- b) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado;**
- c) com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado ;**
- d) por solicitação formal do Segurado, a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, mediante comunicação por escrito;**



- e) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestre.

23. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestre será cancelada antes do término de vigência, na seguinte situação:

- a) Por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

24. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 24.1 Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários, nas seguintes hipóteses:

24.1.1 Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;

24.1.2 Agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

- a) Será relevante o aumento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização.
- b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.

24.1.2.1 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto.

24.1.2.2 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.

- a) Se o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada.
- b) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato,

resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

24.1.3 Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro;

24.1.4 Se o segurado, o estipulante, ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora;

24.1.4.1 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

24.1.4.2 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

24.1.4.3 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.

24.1.4.4 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

24.1.5 For omissos ou inertes quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;

24.2 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.



25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1 Constituem obrigações do estipulante:

I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;

IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, 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;

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e

X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

XI - o estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário;

XII - além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

25.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO



A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais e as normas do Seguro.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 27.1** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios do Seguro ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.
- 27.2** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 27.3** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br
- 27.4** As Condições Contratuais / Regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da Apólice e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

28. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024 ~~pele Código Civil Brasileiro~~.

29. FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

30. CONCEITOS

30.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;



- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse 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 lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidéz acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidéz por acidente pessoal, definido no subitem 30.1, acima.

30.2 Agravamento relevante do Risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

30.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

30.4 Beneficiários

Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

30.5 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

30.6 Carência

Período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento dos capitais segurados contratados.

30.7 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

30.8 Certificado Individual



Documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

30.9 Condições Contratuais

Cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais do Contrato de Seguro, com a finalidade de destacar, modificar ou particularizar aspectos da Cobertura do seguro, quer em relação ao Segurado, quer em relação a determinado Risco. As Condições Particulares podem aumentar ou diminuir o nível de abrangência das Coberturas contratadas.

30.10 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.

30.11 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

30.12 Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

30.13 Corretor de Seguros

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

30.14 Credor

Aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

30.15 Documentos contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual e o endosso.

30.16 Doenças, lesões e acidentes Pré-Existentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do Seguro e que seja de seu conhecimento e não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

30.17 Endosso



Documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

30.18 Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em favor do Segurado, ficando investida de poderes de representação destes perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor, assumindo o papel de credor nas operações do Seguro Prestamista.

30.19 Credor

Aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

30.20 Evento Coberto

É o acontecimento futuro incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

30.21 Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

30.22 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceites e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

30.23 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no Seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e no Contrato.

30.24 Hospital

Designa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

30.25 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

30.26 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

30.27 Internação Hospitalar

É o período em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do Segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou declaração do Hospital onde ocorreu a internação.



20.28 Internação Eletiva

É a internação hospitalar que é agendada, sem caráter de urgência.

30.29 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

30.30 Obrigação

Dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.

30.31 Prêmio do Seguro

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

30.32 Proponente

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

30.33 Proposta de Adesão

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

30.34 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificações, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

30.35 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.

30.36 Regulação e Liquidação de Sinistro

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora.

30.37 Segurado

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

30.38 Seguradora



É a sociedade devidamente autorizada a comercializar Seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante os riscos previstos no contrato.

30.39 Sinistro Coberto

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro. Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

30.40 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

30.41 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

30.42 Vigência

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.