

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 sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025

Processo SUSEP nº 15414.902339/2019-76.

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. CONCEITO DAS COBERTURAS.....	5
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
5. CARÊNCIA.....	20
6. FRANQUIA.....	21
7. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	21
8. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA.....	21
9. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	22
10. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	22
11. BENEFICIÁRIOS.....	24
12. CAPITAIS SEGURADOS.....	25
13. CERTIFICADO INDIVIDUAL	26
14. CUSTEIO DO SEGURO	26
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO	26
16. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	27
17. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO	28
18. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO.....	28
19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	29
20. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	29
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	31
22. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	32
23. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.....	42
24. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	42
25. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	42
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	44
27. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	45
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	45
29. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	45
30. PRESCRIÇÃO.....	46
31. FORO.....	47
32. CONCEITOS	47

SEGURO PRESTAMISTA COLETIVO – TAXA MÉDIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir a quitação da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Estipulante, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, no período previsto nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do 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 As coberturas deste Seguro serão divididas em Básicas e Adicionais:

Coberturas Básicas:

- Básica – Morte;
- MA – Morte Acidental;
- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;

Coberturas Adicionais:

- IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;
- IFT – Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença;
- RIH – Renda por Internação Hospitalar;
- RIH – A – Renda por Internação Hospitalar por Acidente;
- PRD – Perda de Renda por Desemprego;
- AA – PR – Auxílio Alimentação por Perda de Renda
- AA – M – Auxílio Alimentação por Morte
- AA – MA – Auxílio Alimentação por Morte Acidental
- RF – I – Reembolso de Despesas com Funeral – Individual
- RF – F – Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar
- RFA – I – Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual
- RFA – F – Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar

2.2 O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas pretendem contratar, sendo uma das básicas obrigatória e as adicionais facultativas.

3. CONCEITO 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, seja acidental, devidamente coberta, **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 coberto pelo 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 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

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;

3.1.3 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 3.1.3.1 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.**

3.1.3.1 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

3.1.3.2 A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o 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.

3.1.3.3 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.

3.1.3.4 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.

3.1.3.5 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, da indenização pela Cobertura de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

3.1.3.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

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 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.**

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

3.2.1.1.1 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.

3.2.1.1.2 Está coberta a ocorrência comprovada de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente 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 sobrevida 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.

3.2.1.1.3 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

- 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.**

3.2.1.1.4 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.

3.2.1.1.5 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.

3.2.1.1.6 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRICÇÕES 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
	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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	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 HOUVE 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 REFRATARIEDADE 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, **imediata 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 e no Contrato de Seguro.**

3.2.2.1. 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.

3.2.2.2. 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.

3.2.2.3. 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.

3.2.2.4. 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.

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

3.2.2.6. Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

- 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, sequela 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.

3.2.3 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.**

3.2.3.1 Será efetuada a quitação do valor da parcela 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 através de uma única parcela, de acordo com o plano contratado.

3.2.3.2 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.

3.2.3.3 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.

3.2.3.4 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.

3.2.3.5 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 de Seguro.

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

- 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.

3.2.4 RIH – Renda por Internação Hospitalar por Acidente

Desde que contratada, garante ao beneficiário, o pagamento de uma indenização, limitada ao valor do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, **no caso de internação hospitalar do segurado decorrente única e exclusivamente de acidente pessoal coberto em caráter estritamente emergencial**, 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 Para fins desta cobertura, será efetuada a quitação do valor da parcela 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 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.

3.2.4.5 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 de Seguro.

3.2.4.6 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 Certificado de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- c) 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;
- d) 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;
- e) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);

- f) **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 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

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:

- a) **Jubilção, 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.**

3.2.6 Auxílio Alimentação por Perda de Renda

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura no caso de desemprego involuntário quando empregado com vínculo conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), ou no caso de incapacidade física temporária, decorrente de acidente ou doença, caso este seja profissional liberal ou autônomo que possua comprovação de renda e atividade, desde que respeitado os critérios estabelecidos nos subitens **3.2.6.3 e 3.2.6.4, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.6.1 O Segurado será enquadrado em apenas uma das condições dessa cobertura, de acordo com a natureza da sua renda verificada na data de ocorrência do sinistro.

3.2.6.2 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado de Seguro, observados o limite máximo de indenização e franquia estabelecidos pela Seguradora.

3.2.6.3 Profissional Empregado conforme as disposições da C.L.T:

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

3.2.6.3.2 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.

3.2.6.3.3 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.

3.2.6.3.4 A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias a partir da data da ocorrência do sinistro, pelo qual o Desemprego Involuntário deve perdurar caracterizando o direito a indenização, observada as disposições específicas da Cobertura.

3.2.6.3.5 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura na modalidade vínculo trabalhista CLT:

- 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 Certificado de Seguro.

3.2.6.4 Profissional liberal ou autônomo:

3.2.6.4.1 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.

3.2.6.4.2 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.

3.2.6.4.3 Na hipótese de Incapacidade Física Temporária do Profissional Liberal ou Autônomo, 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.

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

3.2.6.4.5 A Franquia para esta cobertura será de 15 (quinze) dias a partir da data da ocorrência do sinistro, pelo qual a Incapacidade Física Total Temporária por Doença e Acidente deve perdurar caracterizando o direito a indenização, observada as disposições específicas da Cobertura.

3.2.6.4.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura na modalidade profissional liberal/autônomo:

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, sequela 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.

3.2.7 Auxílio Alimentação por Morte

Desde que contratada, será indenizado a título de auxílio alimentação o Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Certificado de Seguro.

3.2.7.1 Esse valor será complementar à indenização da cobertura básica de Morte.

3.2.7.2 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado de Seguro.

3.2.8 Auxílio Alimentação por Morte Acidental

Desde que contratada, será indenizado a título de auxílio alimentação o Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso **morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.8.1 Esse valor será complementar à indenização da cobertura básica de Morte Acidental.

3.2.8.2 O valor do Capital Segurado será definido no Certificado de Seguro.

3.2.9 Reembolso de Despesas com Funeral – Individual

Desde que contratada garante ao beneficiário o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços funeral em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.9.1 Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

3.2.9.2 A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação do serviço, desde que a inclusão da Assistência esteja determinada no Certificado de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.9.2.1 No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.10 Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar

Desde que contratada, garante ao beneficiário o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços funeral em caso de morte do Segurado, de seu cônjuge e/ou filhos, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.10.1 Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

3.2.10.2 A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação do serviço, desde que a inclusão da Assistência esteja determinada no Certificado de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.10.2.1 No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.11 Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual

Desde que contratada, garante ao beneficiário o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços funeral em caso de morte do Segurado, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.11.1 Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

3.2.11.2 A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação do serviço, desde que a inclusão da Assistência esteja determinada no Certificado de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.11.2.1 No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.12 Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar

Desde que contratada garante ao beneficiário o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços funeral em caso de morte do Segurado, de seu cônjuge e/ou filhos, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato de Seguro.**

3.2.12.1 Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

3.2.12.2 A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação do serviço, desde que a inclusão da Assistência esteja determinada no Certificado de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

3.2.12.2.1 No caso da não utilização dos serviços, será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor gasto para realização do funeral, até o limite máximo estabelecido no Certificado 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) as 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 suspensão;
- 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), Renda por Internação Hospitalar (RIH), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR), estão sujeitas ao período de carência definidos no Contrato de Seguro.

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), Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH – A), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) 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), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Reembolso de Despesas com Funeral – Individual – (RF – I), Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar – (RF – F), Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual (RFA – I) e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar (RFA – F).

7.2 Para as coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Renda de Internação Hospitalar (RIH), Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH -A), Perda de Renda por Desemprego (PRD), Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR), Auxílio Alimentação por Morte (AA – M) e Auxílio Alimentação por Morte Acidental (AA – MA), 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. VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

8.1 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.

8.2 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 poderá manifestar-se em até 30 (trinta) dias de antecedência da data da revisão atuarial, definida na cláusula 8.3 para repactuar o Contrato de Seguro.

8.3 Caso haja alteração ou renovação nas apólices de custeio contributivo que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

9. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

9.1 O início e término de vigência individual do Seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Certificado de Seguro.

9.2 Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da Proposta ou outro se solicitado pelo Proponente. E havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

9.3 Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

10. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

10.1 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.

10.2 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.

10.3 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

10.4. 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.

10.5. 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.

10.6 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.

10.7 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.

10.8 . 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.

10.9 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.

10.9.1. Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora

10.9.2. 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.

10.10 Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, custos administrativos de pessoas internas e prestadores de serviços externos, custos de sistemas internos e externos, tributos, valores gastos com exames, avaliação médica, entre outros.

10.11. 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.**

10.12. 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.

10.13 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.

10.14 **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.**

10.15 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.**

10.16 No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.

10.17 Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

10.18 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.

10.19 Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

10.20 A inclusão dos componentes seguráveis, poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação:

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

10.20.2 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.

10.21 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.

10.22 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.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Para as coberturas de Morte, Morte Acidental,– Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA),– Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (IFT); Perda de Renda por Desemprego (PRD) Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH – A), 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.

11.2 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.

11.3 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

11.4 Para as coberturas de Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

11.5 Para as coberturas de Auxílio Alimentação por Morte (AA – M) e Auxílio Alimentação por Morte Acidental (AA – MA), o Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

11.6 Alteração de Beneficiários

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

11.6.2 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

11.6.3 A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

11.6.4 Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

11.7 Para as coberturas de Reembolso de Despesas com Funeral – Individual – (RF – I), Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar – (RF – F), Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual (RFA – I) e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar (RFA – F), o Capital Segurado deverá ser pago ao Titular constante nas contas originais apresentadas para comprovação dos gastos com o funeral do Segurado.

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1 O capital segurado será definido no Certificado de Seguro, de acordo com a obrigação que o seguro está atrelado, podendo ser uma das modalidades abaixo:

- Variável: modalidade em que o capital segurado está atrelado a obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro;
- Vinculado: modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste; e
- Fixo: modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação.

12.2 Será considerado para indenização os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento do sinistro coberto, que será informado pelo Estipulante à Seguradora, **limitado ao capital Segurado máximo estabelecido no Contrato do Seguro.**

12.3 Será determinado nas condições contratuais do seguro se o valor da parcela(s) inadimplente(s) do prêmio será descontado da indenização do seguro, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

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

- a) na Cobertura Básica Morte, Auxílio Alimentação por Morte (AA – M), Reembolso de Despesas com Funeral – Individual – (RF – I), Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar – (RF – F), a data do falecimento;
- b) nas Coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Auxílio Alimentação por Morte Acidental (AA – MA), Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual (RFA – I) e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar (RFA – F), a data do acidente;
- c) na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF) a data em que a Invalidez ficou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- d) na Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFT) e Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) para Segurados que sejam Profissionais Liberais ou Autônomos, a data do diagnóstico da incapacidade;
- e) na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) para Segurados que possuem vínculo empregatício, 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) e Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH – A), a data da internação.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1 No início de vigência 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.

14. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

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

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 A forma de pagamento do Prêmio do Seguro será estabelecida nas Condições Contratuais.

15.2 Em relação aos prêmios individuais, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

15.2.1 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. 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 referido expediente.

15.2.2 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

15.3 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurado, 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.

15.4 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

15.5 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 2ª via do boleto bancário.

15.6 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.

15.7 Quando a forma de cobrança do Prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o Estipulante, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, ou mediante pedido do Segurado por escrito.

15.8 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.

15.8.1 Haverá devolução dos prêmios ajustados nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

15.9 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.

16. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

16.1 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 automática 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.

16.1.2 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.

16.2 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.

16.2.1 O prazo de pagamento da parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente

16.3 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.

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

16.3.2 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.

16.3.3 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.

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

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

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

17. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1 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.

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

17.1.2 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.

18. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

18.1 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.

18.2 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.

18.3 Caso o Segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão devolvidos.

18.4 A devolução a que se refere o item 18.3 será realizado pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Seguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizadas pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

19. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

19.1 Para os Seguros com vigência superior a um ano, caso se aplique para a modalidade de Capital Segurado escolhida, 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.

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

20. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.1 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.

20.1.1 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.

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

20.2.1 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.

20.2.2 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.

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

20.3 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.

- 20.4** 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.
- 20.5** 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.
- 20.5.1** 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.
- 20.5.2** 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.
- 20.5.3** 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.
- 20.5.4** 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.
- 20.6** 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.
- 20.7** Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.
- 20.8** 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.
- 20.9** 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.

20.10 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.

20.11 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.

20.12 A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

21.1.1 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.

21.1.2 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.

21.1.3 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 21.1, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

21.1.4 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.

21.1.5 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.

21.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no subitem 21.1 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.

21.2 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.

22. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 20 e 21 destas Condições Gerais, bem como providenciar os elementos e documentos necessários descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

22.1.1 Para a Cobertura Básica – Morte Natural e/ou Auxílio Alimentação por Morte (AA – M) :

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.

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

22.1.3 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) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- f) Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, 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 sequela 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 sequela 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).

22.1.4 Para Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional:

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) 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 a data da caracterização da invalidez e/ou quando a doença se tornou irreversível;
- b) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- c) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- d) Exames Anatomopatológicos/Histoquímicos/Histopatológico em casos de diagnóstico de neoplasias e cânceres de qualquer tipo;
- e) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria);
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) CPF tutor/curador (em caso de não constar em outro documento de identificação) e em casos do segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- b) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado)
- c) Dados bancários do tutor/curador (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do beneficiário)
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tutor/curador e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- e) Termo de Autorização de crédito em favor do segurado sendo estes diagnosticado com perda cognitiva, assinado pelo tutor definitivo;
- f) Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, do segurado ser diagnosticado com perda cognitiva;

22.1.5 Para Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença e/ou Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) para Segurados que sejam profissionais Liberais ou Autônomos:

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) 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);

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) 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) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- c) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- d) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria);
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

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

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

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).

22.1.6 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente ou Renda por Internação Hospitalar 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) 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) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- 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).

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).

22.1.7 Para Cobertura de Perda de Renda por Desemprego e/ou Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) para Segurados que possuam vínculo empregatício:

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 a seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

22.1.8 Para as coberturas de Reembolso de Despesas com Funeral – Individual – (RF – I), Reembolso de Despesas com Funeral – Familiar – (RF – F), Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Individual (RFA – I) e Reembolso de Despesas com Funeral por Morte Acidental – Familiar (RFA – F):

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 (em casos de acidentes acidente de trânsito ou morte suspeita);
- b) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

- c) 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.

- d) Certidão de Óbito;
- e) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- f) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- g) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- h) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- i) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- j) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- k) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- l) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo
- m) Nota fiscal e/ou recibos de constante os itens utilizados exclusivamente para o serviço de funeral e/ou cremação;
- n) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

IV. Para indenização:

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

22.2 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.

22.2.2 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.

22.3 Perícia da Seguradora

22.3.1 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.

22.3.2 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.

22.3.3 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.

23. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

23.1 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) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);
- e) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- f) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;

24. CANCELAMENTO DO SEGURO

24.1 A Apólice Mestra será cancelada:

24.1.1 Nos casos de apólices com custeio contributivo, 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, se resultar ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

25. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1 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:

25.1.1 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.

25.1.2 Se 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.

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

25.1.3.1 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.

25.1.4 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.

25.1.5 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.

25.1.5.1 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.

25.1.5.2 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.

25.1.5.3 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.

25.1.5.4 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.

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

25.1.5.6 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.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1 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;

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.

26.2 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.

27. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

27.1 O presente Seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, Seguradora e Estipulante.

27.1.1 Para manter o equilíbrio técnico do Seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

27.1.1.1 Nos casos de apólice com custeio contributivo, qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

27.1.1.2 A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

27.2 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.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

28.1 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.

29. DISPOSIÇÕES GERAIS

29.1 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.

29.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

29.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br

30. PRESCRIÇÃO

30.1 Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024

31. FORO

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

32. CONCEITOS

32.1 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 intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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 “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 27.1, acima.

32.2 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.

32.3 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).

32.4 Beneficiários

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

32.5 Capital Segurado

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

32.6 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.

32.7 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

32.8 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.

32.9 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

32.10 Condições Especiais

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

32.11 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.

32.12 Condições Particulares

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.

32.13 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.

32.14 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.

32.15 Credor

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

32.16 Documentos contratuais

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

32.17 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.

32.18 Endosso

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

32.19 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.

32.20 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.

32.21 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.

32.22 Grupo Segurado

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

32.23 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 de Seguro.

32.24 Hospital

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

32.25 Indenização

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

32.26 Início de vigência

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

32.27 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.

32.28 Internação Eletiva

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

32.29 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.

32.30 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.

32.31 Prêmio do Seguro

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

32.32 Proponente

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

32.33 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

32.34 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.

32.35 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.

32.36 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.

32.37 Segurado

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

32.38 Seguradora

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

32.39 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.

32.40 Tratamento Cirúrgico

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

32.41 Tratamentos Clínicos

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

32.42 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.