

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.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaque contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- O Segurado, ao contratar o Bilhete de Seguro declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas no Bilhete de Seguro.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 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 15414.900249/2014-36.

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 2^a a 6^a 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.	CONCEITO DAS COBERTURAS	5
3.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	15
4.	CARÊNCIA.....	15
5.	FRANQUIA.....	16
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	16
7.	VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	16
8.	ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE	16
9.	BENEFICIÁRIOS.....	16
10.	CAPITAIS SEGURADOS	17
11.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	18
12.	BILHETE DE SEGURO	18
13.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	19
14.	ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	19
15.	CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	20
16.	CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO	20
17.	CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGURADORA.....	21
18.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	21
19.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	23
20.	DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS	24
21.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	32
22.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	32
23.	OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS.....	34
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	34
25.	PRESSCRIÇÃO	35
26.	FORO	35
27.	CONCEITOS.....	35

SEGURO PRESTAMISTA – REPRESENTANTE – BILHETE DE SEGURO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir a quitação parcial ou total da obrigação assumida pelo Segurado junto ao Representante de Seguros ou Empresa Credora, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, no período previsto nas coberturas constantes do clausulado abaixo, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

- 1.1.1 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.
- 1.1.2 Este contrato de seguro é regido pela Lei 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.
- 1.1.3 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.

1.2 As coberturas deste Seguro serão divididas em Básicas e Adicionais:

Coberturas Básicas:

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

Coberturas Adicionais:

- IFT – Incapacidade Física 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

1.2.1 O Segurado receberá no ato da contratação, o Bilhete de Seguro contendo o plano de coberturas contratado, sendo a básica obrigatória e as adicionais facultativas.

1.2.2 Não poderão ser oferecidos Planos de Seguros para Proponentes inelegíveis a todas as coberturas.

1.2.3 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICAS

2.1.1 Morte

Garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja accidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.**

2.1.2 Morte Acidental

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 Bilhete de Seguro.**

2.1.2.1 Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

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

2.1.3 IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

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 2.1.3.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões não sejam suscetíveis 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 Bilhete de Seguro.**

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

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores

- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.1.1.2 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.

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

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

2.1.1.5 As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga 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.

2.1.1.6 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2 ADICIONAIS

2.2.1. IFT – Incapacidade Física 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 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro.**

2.2.1.1 Sendo o segurado um profissional liberal, a cobertura apenas será paga mediante comprovação de renda e exercício da atividade.

2.2.1.2 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.

2.2.1.3 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.

2.2.1.4 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.

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

2.2.1.6 A Franquia para esta cobertura será de 15 (quinze) dias a partir da data da ocorrência do sinistro.

2.2.1.7 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, os abaixo especificados:

- a) Doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração deste Bilhete 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.

2.2.2. RIH – Renda por Internação Hospitalar

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 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.2.1 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.

2.2.2.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro.

2.2.2.3 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.

2.2.2.4 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.

2.2.2.5 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 Bilhete de Seguro.

2.2.2.6 Além dos riscos mencionados na Clausula 3 – 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 Bilhete de Seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) 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;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) 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;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- h) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo que ocasione danos a mais de três pessoas que residam na mesma cidade que o segurado ou, em cidade em que o segurado esteja de passagem;

- i) 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;
- j) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- k) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- l) Diálises, hemodiálises;
- m) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

2.2.3. 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.3.1 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.

2.2.3.2 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias a partir da data de ocorrência do sinistro.

2.2.3.3 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.

2.2.3.4 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.

2.2.3.5 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 Bilhete de Seguro.

2.2.3.6 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – 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 Bilhete 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.

2.2.4. 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 Bilhete de Seguro.**

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

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

2.2.4.2.1 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.

2.2.4.2.2 Será considerado também o vínculo com empregadores diferentes, desde que não haja um intervalo maior que 30 (trinta) dias entre um registro e outro.

2.2.4.3 A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias a partir da data da ocorrência do sinistro.

2.2.4.4. 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.

2.2.4.5 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura os abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;

- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido no Bilhete de Seguro.

2.2.5. 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 2.2.5.3 e 2.2.5.4, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

2.2.5.1 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.

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

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

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

2.2.5.3.2 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.

2.2.5.3.3 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.

2.2.5.3.4 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.

2.2.5.3.5 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – 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 Bilhete de Seguro.**

2.2.5.4 Profissional liberal ou autônomo:

2.2.5.4.1 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.

2.2.5.4.2 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.

2.2.5.4.3 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.

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

2.2.5.4.5 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.

2.2.5.4.6 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – 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.

2.2.6. 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 accidental, devidamente coberta exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

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

2.2.6.2 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete de Seguro.

2.2.7. 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, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

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

2.2.7.2 O valor do Capital Segurado será definido no Bilhete de Seguro.

2.2.8. 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 accidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

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

2.2.8.2 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 Bilhete de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

2.2.8.2.1 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 Bilhete de Seguro.

2.2.9. 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, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.**

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

2.2.9.2 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 Bilhete de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

2.2.9.2.1 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 Bilhete de Seguro.

2.2.10. 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, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.

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

2.2.10.2 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 Bilhete de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

2.2.10.2.1 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 Bilhete de Seguro.

2.2.11. 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, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Bilhete de Seguro.**

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

2.2.11.2 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 Bilhete de Seguro, até o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

2.2.11.2.1 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 Bilhete de Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 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) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- e) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Bilhete de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- f) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos dos Prêmios do Seguro.
- g) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- h) sinistros decorrentes de doenças preexistentes à contratação do Seguro e de conhecimento do Segurado.
- 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.

4. CARÊNCIA

4.1 As coberturas adicionais de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (IFT), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e Auxílio Alimentação por Perda de Renda (AA – PR) estão sujeitas ao período de carência de 30 (trinta) dias.

4.2 Haverá carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início da vigência do Seguro para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), exclusivamente se decorrer de doença.

4.3 Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente.

4.4 O pagamento antecipado do Prêmio do Seguro não elimina a carência estabelecida para o Seguro.

4.5 Não haverá carência para os casos de transferência dos Segurados de outra para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Seguro.

5. FRANQUIA

5.1 As coberturas de Incapacidade Física 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 na descrição nas respectivas coberturas.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

6.1 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), 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)

6.2 Para as coberturas de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença (IFT), 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.

6.3 As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

7. VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 O início e término da vigência do Seguro serão definidos no Bilhete de Seguros, iniciando-se sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do Prêmio do Seguro.

8. ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE

O Plano de Seguro será ofertado pelo Representante de Seguros, sendo a contratação feita de forma opcional formalizada pela emissão do Bilhete de Seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 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.

9.1.2 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, em caso de morte, sujeitando-se às regras do seguro de vida.

9.1.3 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.

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

9.3 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.

9.4 Alteração de Beneficiários

9.4.1.1 O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

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

9.5 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento. A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

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

9.6 No caso das 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.

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1 O capital segurado será definido no Bilhete 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.

10.2 Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos no Bilhete de Seguro para cada cobertura vigentes na data do evento coberto.

10.3 O Capital Segurado será pago de uma única vez ao Segurado ou aos seus respectivos beneficiários, nas coberturas de Morte, Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente, Auxílio Alimentação por Morte (AA – M) e Auxílio Alimentação por Morte Acidental (AA – MA).

10.4 As coberturas de Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, Renda por Internação Hospitalar, Perda de Renda por Desemprego e Auxílio Alimentação por Perda de Renda, estão sujeitas às seguintes formas de pagamento:

10.4.1 Parcelado: Será determinado no Bilhete de Seguros a quantidade máxima de parcelas que compõem o plano.

10.4.2 Parcada Única: O Capital Segurado será indenizado de uma única vez ao Segurado

10.5 No caso de haver parcela(s) inadimplente(s) do prêmio do seguro, o valor será descontado(s) da indenização, desde que o sinistro ocorra no prazo de tolerância para pagamento da parcela.

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

- a) Na Cobertura Básica de 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 Incapacidade Física 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;
- d) 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;
- e) Na Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Renda por Internação Hospitalar por Acidente (RIH – A), a data da internação.

11. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

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

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

12. BILHETE DE SEGURO

12.1 No início de cada vigência será entregue pelo Representante de Seguro um Bilhete de Seguro a cada Segurado, indicando as coberturas, o prazo de vigências, os riscos excluídos e as demais informações obrigatórias previstas na legislação.

12.2 Caso o Segurado seja estrangeiro, poderá ser utilizado o número do passaporte, com a identificação do País de expedição, para pessoa física, ou o número de identificação no Cadastro de Empresa Estrangeira/Bacen (Cademp) para pessoa jurídica, excetuada as universalidades de direitos que, por disposição legal, sejam dispensadas de registro no CNPJ e no Cademp.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

13.1 O pagamento do prêmio poderá ser realizado em parcela única ou fracionada, de acordo com o que for estabelecido no Bilhete de Seguro.

13.2 Qualquer indenização apenas será devida após 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.

13.3 A data limite para pagamento do Prêmio do Seguro não poderá ultrapassar o dia especificado no Bilhete de Seguro.

13.4 Sendo pagos os prêmios individuais do Seguro e recebidos pelo Representante de Seguro, a Seguradora ficará responsável pelo pagamento de indenizações devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento do Contrato, ainda que estes não lhes tenham sido repassados, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal da Representante de Seguros.

13.5 Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do Prêmio do Seguro.

13.6 Haverá devolução proporcional do Prêmio do Seguro nos casos em que houver antecipação da quitação da dívida.

13.7 No caso de pedido de cancelamento total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou de uma concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, correspondente à parte proporcional ao tempo decorrido.

14. ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

14.1 A falta do pagamento da primeira parcela do Bilhete ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.2 Nos seguros com prêmio fracionado, quando ocorrer o não pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira Seguradora enviará ao Segurado, ou, se o caso, ao Representante, 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.**

- 14.3** O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.
- 14.4** Porém, se o Segurado, ou o Representante, 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.
- 14.5** A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos do Bilhete ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.
- 14.6** O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.
- 14.7** Ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não afastará a suspensão e cancelamento do Bilhete.
- 14.8** O Seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento definitivo mediante o pagamento da parcela do Prêmio do Seguro subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas a contar da data de pagamento do referido prêmio.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1** O Segurado em atraso com o pagamento do Prêmio do Seguro será notificado pela Empresa Credora sobre sua mora e suspensão da cobertura, cientificado de que o não pagamento acarretará o cancelamento do Bilhete no prazo de 90 dias contados da última notificação recebida pela Segurado e/ou Representante não havendo direito à indenização em caso de sinistro ocorrido no período de inadimplência.
- 15.2** 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.

- 15.3** A reabilitação prevista na cláusula 14.8, somente será admitida uma única vez.

16. CANCELAMENTO POR ARREPENDIMENTO DO SEGURADO

- 16.1** O Segurado poderá desistir do Seguro contratado no prazo de 07 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Seguro, pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 16.2** A Seguradora ou seu Representante fornecerá ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo proibida, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

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

16.4 A devolução a que se refere o item 16.3 será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do Seguro, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo Segurado.

17. CANCELAMENTO DO CONTRATO ENTRE REPRESENTANTE DE SEGUROS E SEGUROADORA

17.1 Na hipótese de cancelamento do contrato mantido entre a Seguradora e o Representante de Seguros, os Bilhetes de Seguro já emitidos até aquela data, terão sua vigência respeitada pela Seguradora até o final de vigência prevista neste bilhete.

17.2 A Seguradora se reserva ao direito de cancelar os Bilhetes de Seguro, caso o segurado esteja inadimplente, na forma prevista nestas condições gerais.

17.3 Caso não ocorra o repasse do Prêmio do Seguro pelo Representante de Seguros à Seguradora, conforme previsto em Contrato, havendo a ocorrência de algum evento coberto pelo Seguro, a indenização será paga pela Seguradora, de acordo com o evento reclamado, cabendo ao Representante de Seguros repassar o prêmio à Seguradora, acrescidos de juros de mora de 1% (por cento) ao mês e correção monetária pelo IGPM, no prazo de 24 (vinte e quatro), horas contados da notificação do pagamento da indenização.

18. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

18.1 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.

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

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

18.3.1 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.

18.3.2 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.

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

18.4 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.

18.5 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.

18.6 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.

18.6.1 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.

18.6.2 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.

18.6.3 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.

18.6.4 Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

18.7 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.**

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

18.9 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.

18.10 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.

18.11 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.

18.12 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.

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

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

19.1.1 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.

19.1.2 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.

19.1.3 Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no subitem 19.1, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

19.1.4 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.

19.1.5 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.

19.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 19.1** 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.

19.2 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.

20. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DOS SINISTROS

20.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito nos itens 18 e 19 das 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:

20.1.1 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.

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.

20.1.2 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) 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.

20.1.3 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) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Croqui do local do Acidente
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);

- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- g) 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;
- h) 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;
- i) 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;
- j) 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/accompanhamento 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).

20.1.4 Para Cobertura de Incapacidade Física 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;

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.

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).

20.1.5 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 sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

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

20.1.6 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 seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

20.1.7 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):

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).

20.2 Junta Médica

20.2.1 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.

20.2.2 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.

20.2.3 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.

20.3 Perícia da Seguradora

20.3.1 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.

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

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

21. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

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

- a) com a liquidação da dívida garantida pelo Seguro;
- b) Com a morte ou invalidez TOTAL e permanente do Segurado;
- c) Por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1 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, as seguintes hipóteses:

22.2 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;

22.3 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.

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

22.4.1. 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.

22.4.2 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;

22.4.3 Se o segurado, o Representante de Seguros, 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.

22.4.3.1. 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.

22.4.3.2 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.

22.5 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.

22.6.1. 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.

22.7 For omissio ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;

22.8 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.

23. OBRIGAÇÕES DO REPRESENTANTE DE SEGUROS

23.1 Além da promoção, oferta ou distribuição de produtos de seguros, as obrigações dos representantes de Seguros podem abranger:

- I - Aconselhamento sobre produtos de seguros ofertados;
- II - Recepção de propostas de seguro, emissão de bilhetes de seguros;
- III - Recolhimento de prêmios de seguro;
- IV - Coleta e fornecimento à TOKIO MARINE de dados cadastrais e de documentação de proponentes, segurados, beneficiários, corretores de seguros e seus prepostos;
- V - Orientação e assistência aos segurados e seus beneficiários, no que compete aos contratos de seguros;
- VI - Apoio logístico e operacional à TOKIO MARINE na gestão e execução de contratos de seguros;
- VII - Recepção e tratamento de questões operacionais relacionadas ao contrato de seguro, tais como renovação, alteração, repactuação e cancelamento;
- VIII - Recebimento de avisos de sinistros; e
- IX Outras atividades que não sejam privativas da TOKIO MARINE, desde que claramente especificadas, inclusive serviços de controle e processamento de dados das operações pactuadas em nome da TOKIO MARINE.

23.2 É vedado ao Representante de Seguros:

- I - Cobrar dos proponentes, segurados, ou beneficiários valores relativos ao produto de seguro, além daqueles determinados pela TOKIO MARINE por sua atuação como representante de seguros;
- II - Efetuar publicidade e promoção de produto de seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE ou sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente; e
- III - Vincular compulsoriamente a contratação de seguro à aquisição de qualquer outro produto ou serviço por ele fornecido.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 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.

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

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

25. PRESCRIÇÃO

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

26. FORO

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

27. CONCEITOS

27.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecido, 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 accidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

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 accidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 26.1, acima.

27.2 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.

27.3 Beneficiários

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

27.4 Bilhete de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

27.5 Capital Segurado

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

27.6 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.

27.7 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

27.8 Condições contratuais

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

27.9 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.

27.10 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.

27.11 Contrato de Representação

É o instrumento jurídico firmado entre a Seguradora e o Representante, que estabelece os direitos e obrigações do Representante, Seguradora, Segurados e dos Beneficiários.

27.12 Credor

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

27.13 Documentos contratuais

É o endosso e o bilhete de seguro.

27.14 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.

27.15 Endosso

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

27.16 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais e no Bilhete de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado.

27.17 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.

27.18 Hospital

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

27.19 Indenização

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

27.20 Início de vigência

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

27.21 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.

27.22 Internação Eletiva

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

27.23 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.

27.24 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.

27.25 Prêmio do Seguro

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

27.26 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os Prêmios decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

27.27 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.

27.28 Representante de Seguro

É a pessoa jurídica que possui contrato com a seguradora, tendo poderes de representá-la na oferta e promoção de seus Seguros aos clientes do representante.

27.29 Segurados

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

27.30 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo Prêmio do Seguro garante as coberturas previstas no Bilhete de Seguro.

27.31 Sinistro Coberto

Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas no Bilhete de Seguro 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.

27.32 Tratamento Cirúrgico

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

27.33 Tratamentos Clínicos

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

27.34 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.