Condições
Gerais

UNIMED ACIDENTES PESSOAIS

VIDA

SEGUROS
Unimed

Prezado(a) Segurado(a),

Primeiramente gostaríamos de parabenizá-lo pela inteligente decisão de contratar o **Unimed Acidentes Pessoais** e por escolher a Seguros Unimed para ser a Seguradora que irá proteger você.

É com muita satisfação que disponibilizamos a você as Condições Gerais e, se aplicáveis, Condições Especiais e Particulares do Seguro de Vida que contemplam as coberturas para a sua proteção e ressaltamos a importância da leitura e compreensão das cláusulas que regem este seguro.

A equipe da Seguros Unimed está à disposição para atendê-lo caso tenha qualquer dúvida em relação ao seguro contratado.

Atenciosamente,

Seguros Unimed

Para nós é uma honra tê-lo como cliente, por isso colocamos à disposição para mais esclarecimentos pelos telefones:

Atendimento Nacional: 0800 770 3611
Ouvidoria: 0800 001 2565 ou acesse: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria

SEGUROS Unimed

SUMÁRIO

I. CONDIÇÕES GERAIS 6
1. OBJETIVO DO SEGURO 6
2. DEFINIÇÕES 6
3. COBERTURAS 9
4. RISCOS EXCLUÍDOS 10
5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES 13
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO 13
7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS 14
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO 14
9. CERTIFICADO INDIVIDUAL 16
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 16
11. CUSTEIO DO SEGURO 17
12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS 17
13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS 18
14. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO 18
15. CAPITAL SEGURADO 18
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES 19
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 19
18. BENEFICIÁRIOS 24
19. CESSAÇÃO DA COBERTURA 25
20. CANCELAMENTO DO SEGURO 25
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 26
22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS 28
23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA 28
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE 28
25. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO 29
26. PRAZOS PRESCRICIONAIS 30
27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO 30
28. DISPOSIÇÕES GERAIS 30
29. FORO 31
II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) 32
1. OBJETIVO 32
2. DEFINIÇÃO 32
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 32
4. RISCOS EXCLUÍDOS 32
5. DATA DO EVENTO 32
6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO 32
7. CAPITAL SEGURADO 33
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 33
9. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO 34
10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 38
11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 38
12. CANCELAMENTO DA COBERTURA 39
13. DISPOSIÇÕES GERAIS 39
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICONAL: INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM) 40
1. COBERTURA 40
2. CONCESSÃO DA COBERTURA 40
3. RISCOS EXCLUÍDOS 40
4. DATA DO EVENTO 40
5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO 40
6. CAPITAL SEGURADO 41

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 41
8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 41
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA 42
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 42
IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT .. 43
1. OBJETIVO 43
2. DEFINIÇÕES 43
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 43
4. RISCOS COBERTOS 44
5. RISCOS EXCLUÍDOS 44
6. FRANQUIA 45
7. DATA DO EVENTO 45
8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO 45
9. CAPITAL SEGURADO 46
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 46
11. ALTERAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO 47
12. CESSAÇÃO DA COBERTURA 47
13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 47
14. CANCELAMENTO DA COBERTURA 48
15. DISPOSIÇÕES GERAIS 48
V. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DUTI) 49
1. OBJETIVO 49
2. DEFINIÇÕES 49
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 49
4. RISCOS COBERTOS 50
5. RISCOS EXCLUÍDOS 50
6. DATA DO EVENTO 51
7. COMPROVAÇÃO DO EVENTO 51
8. CAPITAL SEGURADO 51
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 52
10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 52
11. CANCELAMENTO DA COBERTURA 52
12. DISPOSIÇÕES GERAIS 53
VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES – DMH 54
1. OBJETIVO 54
2. DEFINIÇÕES 54
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 54
4. RISCOS EXCLUÍDOS 55
5. DATA DO EVENTO 56
6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO 56
7. CAPITAL SEGURADO 56
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 56
9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 56
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA 57
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 57
VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) 58
1. OBJETIVO 58
2. DEFINIÇÕES 58
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 59
4. RISCOS EXCLUÍDOS 59
5. DATA DO EVENTO 60
6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO 60
7. CAPITAL SEGURADO 60
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 60
9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 60

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA 61
11. DISPOSIÇÕES GERAIS 61
VIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: MORTE ACIDENTAL COMPLEMENTAR (MAC) 62
1. OBJETIVO 62
2. BENEFICIÁRIOS 62
3. CONCESSÃO DA COBERTURA 62
4. RISCOS EXCLUÍDOS 62
5. DATA DO EVENTO 62
6. CAPITAL SEGURADO 62
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 63
8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 63
9. CANCELAMENTO DA COBERTURA 63
10. DISPOSIÇÕES GERAIS 63
IX. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE CÔNJUGE 64
1. OBJETIVO 64
2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO 64
3. BENEFICIÁRIOS 64
4. CAPITAL SEGURADO 64
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 65
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA 65
7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA 65
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 65
X. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE FILHO 66
1. OBJETIVO 66
2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO 66
3. BENEFICIÁRIOS 66
4. CAPITAL SEGURADO 67
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 67
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA 67
7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA 67
8. DISPOSIÇÕES GERAIS 67
XI. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO 68
1. OBJETIVO 68
2. DEFINIÇÃO 68
3. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS 68
4. PAGAMENTO DO EXCEDENTE 68
5. DISPOSIÇÕES GERAIS 69
XII. CANAIS DE COMUNICAÇÃO 70

I. CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo o pagamento, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiários(s), uma importância limitada ao Capital Segurado contratado, no caso de ocorrer um dos eventos cobertos, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitados os demais itens nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, Cláusulas Suplementares e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Aceitação do risco** é o ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

2.2. **Acidente** é o acontecimento imprevisto e involuntário do qual resulta um dano causado ao objeto ou pessoa segurada.

2.3. **Acidente pessoal** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.3.1 Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

c) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

d) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

2.3.2 Não se incluem nesse conceito:

a) 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;

b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

d) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida neste item.**

2.4. **Agravamento do Risco** é a circunstância que aumenta a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

2.5. **Âmbito Geográfico** é o termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de cobertura.

2.6. **Apólice** é o documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando as garantias contratadas.

2.7. **Aviso de Sinistro** é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado ou o Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

2.8. **Beneficiário** é a pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro.

2.9. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecido na Proposta de Contratação.

2.10. **Carência** é o período durante o qual, em caso de sinistro, a Seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o Segurado.

2.11. **Condições Contratuais** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais Endossos e das Cláusulas Suplementares.

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

2.13. **Condições Gerais** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.

2.14. **Contrato** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações das partes.

2.15. **Corretor de Seguros** é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Estipulante e/ou Subestipulante poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na Superintendência de Seguros Privados

- SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.16. Doenças, Lesões e Sequelas preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento.

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

2.18. Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais e nas Especiais.

2.19. Franquia é a quantia fixa, definida na Apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições da Proposta de Contratação.

2.20. Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, efetivamente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos nestas Condições Gerais.

2.21. Grupo Segurável é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

2.22. Indenização é o valor que a sociedade Seguradora deve pagar ao Segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto.

2.23. Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco serão garantidas pela Seguradora.

2.24. IPC-A/IBGE é o Índice de Preços ao Consumidor - Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, utilizado para atualização de valores, nas hipóteses previstas nas condições contratuais.

2.25. Nota Técnica Atuarial é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.26. Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

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

2.28. Proposta de Contratação é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade em contratar o seguro, na qualidade de Estipulante e/ou Subestipulante, em proveito dos componentes do grupo segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais, nas Especiais e nas Cláusulas Suplementares.

2.29. Regime Financeiro de Repartição Simples é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de

comercialização e administração, apurados em um período considerado.

2.30. Reintegração é a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela Apólice.

2.31. Risco é a probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

2.32. Riscos Excluídos são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e nas Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.

2.33. Segurado é a pessoa física, cuja inclusão foi aceita, que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano.

2.34. Segurado Titular é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo cumprimento das condições contratuais, bem como pelo repasse das informações aos Segurados Dependentes, relativas aos seus direitos e obrigações.

2.35. Segurados Dependentes são o cônjuge ou a(o) companheira(o), e, os filhos do Segurado Titular regularmente incluídos no seguro pelas Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e Filhos.

2.36. Seguradora é a Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela Apólice, mediante recebimento dos respectivos prêmios.

2.37. Sinistro é a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.

2.38. Subestipulante é a pessoa física ou jurídica com vínculo junto ao Estipulante do seguro, que subcontrata em favor de grupo que a ela previamente se vincule, denominado subgrupo.

2.39. Término da vigência é a data final para ocorrência de riscos previstos numa apólice de seguros.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas disponíveis do seguro dividem-se em Básica, Adicionais e Cláusulas Suplementares:

3.1.1 Cobertura Básica:

3.1.1.1. Morte Acidental: garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de morte acidental do Segurado, devidamente coberta pelo seguro, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

3.1.2 Coberturas Adicionais: as seguintes coberturas somente podem ser contratadas em conjunto com a cobertura básica:

3.1.2.1. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

3.1.2.2. Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM)

3.1.2.3. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

3.1.2.4. Diária por Internação em UTI (DUTI)

3.1.2.5. Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH)

3.1.2.6. Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

3.1.2.7. Morte Acidental Complementar (MAC)

3.1.3 Cláusulas Suplementares:

3.1.3.1 Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e

3.1.3.2 Inclusão Automática ou Facultativa de Filho

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

3.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) poderá ser contratada com adicional de majoração, à opção do Estipulante e/ou Subestipulante, mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente, conforme previsto nas Condições Especiais da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM).

3.4. O Estipulante e/ou Subestipulante deverá informar, na Proposta de Contratação, quais coberturas que pretende contratar, sendo que a cobertura básica é obrigatória e as demais são facultativas.

3.4.1. As coberturas contratadas e os respectivos valores dos Capitais Segurados estarão expressos no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão e na Proposta de Contratação.

3.4.2. As condições aplicáveis às coberturas adicionais e cláusulas suplementares estão reguladas nas Condições Gerais, nas Especiais, nas Cláusulas Suplementares e na Proposta de Contratação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

4.1.1. Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

4.1.2. Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;

4.1.3. Doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação;

4.1.4. Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Proposta de Contratação de seguro, ou do aumento do Capital Segurado quanto ao valor aumentado;

4.1.5. Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

4.1.6. Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo;

4.1.7. Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, EXCETO quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

4.1.8. Prática por parte do Segurado, dos Beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo;

4.1.8.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

4.1.9. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;

4.1.10. Parto ou aborto e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;

4.1.11. Choque anafilático e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;

4.1.12. Agravamento intencional do risco por parte do Segurado;

4.1.13. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

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

4.1.15. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;

4.1.16. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, exceto quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;

4.1.17. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

4.1.18. Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou

microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, exceto por acidentes decorrentes de atos praticados pelo Segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

4.1.19. Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.1.20. Acidente ocorrido quando o Segurado, não legalmente habilitado, estiver na condução de veículo automotor de qualquer tipo;

4.1.21. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

4.1.22. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto; e

4.1.23. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 nestas Condições Gerais.

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS das Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Indenização por Invalidez Permanente por Acidente Majorada, os eventos decorrentes de:

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

4.2.2. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;

4.2.3. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;

4.2.4. Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

4.2.5. Perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;

4.2.6. Choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;

4.2.7. Envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

4.2.8. Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

4.2.9. Acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

4.2.10. Todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

4.2.11. Perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e

4.2.12. Eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2.3 destas Condições Gerais.

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

5. ACUMULABILIDADE DE INDENIZAÇÕES

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

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Este seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, exceto para as coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), Diária por

Internação em UTI (DUTI), Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e Reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), que terão cobertura somente em Território Nacional.

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

7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

7.1. Não haverá carência e franquia para eventos decorrentes de acidente, exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do Segurado ao seguro.

7.2. Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de pagamento do Capital Segurado, e deverão ser fixadas na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e na Apólice e não poderão exceder metade do prazo de vigência da Apólice.

7.3. Haverá franquia para a cobertura adicional de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), descrita na respectiva Condição Especial.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Aceitação da Proposta de Contratação

8.1.1. A contratação somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

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

8.1.2.1. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

8.1.3. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item **8.1.2.1**

8.1.4. A não aceitação da proposta, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante e/ou Subestipulante, justificando a recusa, e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio, eventualmente efetuado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

8.1.5. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8.1.6. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item **8.1.2.1** nestas Condições Gerais.

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

8.2. Inclusão de Segurados

8.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do Seguro.

8.2.2. Os componentes do Grupo Segurável, que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do retorno ao trabalho ou de sua admissão pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

8.2.3. A inclusão dos Dependentes, desde que contratada a Cláusula Suplementar, será das seguintes formas:

8.2.3.1. Automática: quando o seguro abranger compulsoriamente todos os cônjuges dos Segurados Titulares, bem como os filhos e equiparados, considerados dependentes do Segurado Titular, de acordo com o disposto na respectiva Cláusula Suplementar;

8.2.3.2. Facultativa: quando, somente por autorização do Segurado Titular, o seguro abranger o seu cônjuge, conforme disposto na respectiva Cláusula Suplementar.

8.2.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Titulares, os filhos serão incluídos uma única vez, como Dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Titular para efeito desta cobertura.

8.2.5. Ao Segurado Titular caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge/companheiro(a) e de seus filhos, ao solicitar suas inclusões no seguro.

8.2.6. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, independentemente do valor contratado, o Capital Segurado se limita, apenas e tão somente, ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado;
b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

8.3. Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante, exceto para cobertura adicional de Indenização de Diária por Incapacidade Temporária (DIT).

8.4. Os segurados que se aposentarem, ou deixarem de exercer atividade laborativa durante a vigência da Apólice, poderão continuar no seguro, desde que os prêmios continuem sendo pagos, exceto para a cobertura de Indenização de Diária por Incapacidade Temporária (DIT).

9. CERTIFICADO INDIVIDUAL

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

9.2. A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante e/ou Subestipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1. Vigência da Apólice do Seguro

10.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido na Proposta de Contratação.

10.1.2. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nelas indicadas.

10.1.3. Quando a Proposta de Contratação for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

10.1.4. Quando a Proposta de Contratação não for recebida juntamente com o valor correspondente ao pagamento de prêmio, o início de vigência para o grupo inicial se dará a partir da aceitação da proposta pela Seguradora, ou data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

10.1.5. O início e término de vigência individual de cada Segurado vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos nestas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento, previstas nos itens **19** e **20** nestas Condições Gerais.

10.2. Vigência do Certificado Individual do Seguro

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

10.2.1.1. Na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;

10.2.1.2. No 1º (primeiro) dia do mês seguinte ao da assinatura da Proposta de Adesão, para os demais;

10.2.1.3. Em outra data, se definida no Contrato.

10.3. Renovação do Seguro

10.3.1. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, exceto se o Estipulante e/ou Subestipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento, previstas nestas Condições Gerais.

10.3.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, e/ou da

Seguradora.

10.3.3. Nas renovações posteriores, com manifestação expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, caso a Seguradora não tenha interesse na renovação, deverá comunicar tal fato ao Estipulante e/ou Subestipulante e aos Segurados, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do seguro.

10.3.4. A renovação expressa que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste seguro, o custeio será:

11.1.1. Não contributário: em que os Segurados não pagam prêmio; ou

11.1.2. Contributário: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

11.2. A forma de custeio constará na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão, na Apólice, no Certificado e no Contrato.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. É da responsabilidade do Estipulante e/ou Subestipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

12.1.1. As faturas terão vencimento mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto na Proposta de Contratação e na Apólice.

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

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

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

12.3. Quando o Estipulante e/ou Subestipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido na Proposta de Contratação.

12.4. Se o Sinistro ocorrer antes do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo, observado o disposto no item 13 nestas Condições Gerais.

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

expediente.

12.6. É vedado ao Estipulante e/ou Subestipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante e/ou Subestipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

13.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, em atraso com o pagamento dos prêmios, será notificado para pagamento do prêmio em atraso, corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento), ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança.

13.1.1. Na falta de pagamento do prêmio em até 90 (noventa) dias do vencimento, o seguro será automaticamente cancelado, conforme disposto do item **20.2.4,** dessas Condições Gerais.

13.2. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização a ser paga ao(s) Beneficiário(s), com os encargos previstos no item **13.1** nestas Condições Gerais.

13.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, sujeitará o Estipulante e/ou Subestipulante, ainda, às cominações legais.

14. DATA E OCORRÊNCIA DO EVENTO

14.1. Considera-se como data do evento, para efeito da cobertura básica, a data do acidente.

14.1.1. Para as demais coberturas adicionais, se contratadas, a data do evento estará fixada nas respectivas Condições Especiais.

14.2. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro, deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante e/ou Subestipulante, pelo Segurado, ou por seus Beneficiários, logo que o saiba, devendo constar da comunicação: data, hora, local e causa do evento, observando o disposto no item 17 nestas Condições Gerais.

15. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado de cada cobertura constará na Proposta de Adesão, na Proposta de Contratação, no Certificado Individual e na Apólice, e será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

16.1. Os Capitais Segurados de todas as coberturas contratadas, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 dias da data da atualização. Na falta ou extinção do índice indicado, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

16.2. Alternativamente ao critério de atualização previsto no item **16.1**, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser calculados em função da evolução salarial, proventos dos Segurados, acordo ou dissídio coletivo a ser definido na Proposta de Contratação.

16.3. Ficará definido na Proposta de Contratação o critério de atualização adotado entre aqueles estabelecidos nos itens **16.1** e **16.2** nestas Condições Gerais.

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

16.5. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados serão atualizados pelo IPC-A/IBGE até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. Observado o disposto no item **14**, nestas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento/sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora adotar, quando julgar necessária, quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato gerador.

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

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

17.4. Em caso de acidente, o Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.

17.5. O pagamento do Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em parcela única em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados abaixo e nas Condições Especiais, observado o disposto no item **17.8** e seguintes, nestas Condições Gerais:

a) Aviso de Sinistro;

b) Declaração do Médico Assistente indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida;
c) Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado e titular;
d) Autorização para crédito em conta corrente (modelo disponível no site Seguros Unimed);
e) Cópia da Certidão de Óbito;
f) Cópia do Laudo do I.M.L.;
g) Cópia da CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), do TC (Termo Circunstanciado) ou do BO (Boletim de Ocorrência Policial);
h) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico;
i) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
j) Cópia da Ficha de Registro de Empregado, quando for o caso;
k) Laudo de Perícia Técnica;
l) Documentos do(s) Beneficiário(s) e comprovante de residência em nome do(s) Beneficiário(s);
m) Declaração de Únicos Herdeiros firmada em cartório contendo 02 testemunhas consanguíneas do segurado (modelo disponível no site Seguros Unimed);

17.6. Para as coberturas contratadas, além dos documentos descritos no item **17.5** nestas Condições Gerais, deverão ser apresentados:

17.6.1. Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM):

a) Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o Segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
b) Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
c) Resultados de exames médicos realizados pelo Segurado por ocasião do acidente;
d) Carta de concessão de aposentadoria, bem como carnê/extrato de recebimento do pecúlio expedido pelo INSS, quando se tratar de Invalidez Total;
e) Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de alienação mental.

Para a cobertura de Diária de Incapacidade Temporária (DIT):

a) Aviso para Concessão e Prorrogação de benefício de afastamento, fornecido pela Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo seu médico assistente;
b) Exames complementares realizados;
c) Documentos que comprovem o valor de sua renda mensal no momento do sinistro, sempre que solicitados;

d) Atestado médico e Boletim Médico de Pronto Atendimento, para qualquer tipo de acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia, ficando a indenização sujeita à perícia médica, a critério da Seguradora.

17.6.2. Para a cobertura de Diária por Internação em UTI (DUTI):

a) Aviso de Sinistro original devidamente preenchido com assinatura e CRM do médico atendente, contendo:
   a.1. Descrição da ocorrência;
   a.2.Motivo da internação e procedimentos adotados com código de procedimento AMB (Associação Médica Brasileira).
b) Cópia simples do Prontuário Médico Hospitalar completo;
c) Cópia simples da declaração do Hospital (onde deverá constar o total de diárias utilizadas, especificando os dias em UTI, hora de entrada e saída com data), diagnóstico, tratamento realizado, nome do médico assistente;
d) Cópia simples do resultado de exames realizados.

17.6.3. Para a cobertura de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):

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

a) Nome do paciente;
b) Data da consulta;
c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
d) Descrição do tipo de atendimento/especialidade;
e) Dados do médico e/ou dentista: nome, CPF, CRM ou CRO, especialidade, assinatura e endereço completo.

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

a) Nome do paciente;
b) Data do atendimento;
c) Valor cobrado (numérico e por extenso);
d) Nome de cada exame realizado, com o respectivo valor unitário e região corpórea (exame por imagem).

17.6.3.3. Terapias realizadas em sessões: obrigatoriedade de apresentação do relatório do médico solicitante, informando:

a) Diagnóstico;
b) Tratamento proposto ou evolução e continuidade do tratamento, acompanhando o recibo ou da Nota Fiscal quitada que deverá conter:
   b.1. Nome do paciente;

b.2. Data do atendimento;
b.3. Valor cobrado (numérico e por extenso);
b.4. Descrição do tipo de atendimento; e
b.5. Dados do Prestador: Nome, CPF/MF, número de inscrição no Conselho Regional, especialidade, endereço completo e assinatura.

17.6.3.4. Despesas Hospitalares:

a) Relatório emitido pelo médico assistente informando diagnóstico da existência da doença, tratamento realizado, período de internação e quantidade de visitas hospitalares;
b) Cópias dos laudos se forem realizados exames de imagem;
c) Nota Fiscal quitada da entidade hospitalar, a qual deverá constar:
c.1. Nome do paciente;
c.2. Data do evento;
c.3. Período da internação;
c.4. Valor cobrado (numérico e por extenso);
c.5. Descritivo com valores (numérico e por extenso) e quantidades individuais das despesas, inclusive taxas, diárias, serviços complementares, materiais e medicamentos;
c.6. Recibos de honorários médicos e/ou odontológicos individualizados contendo os dados do profissional (cirurgião, auxiliar, anestesista, instrumentador, visita hospitalares e demais honorários médicos e/ou odontológicos): descrição da equipe com nome, CRM e/ou CRO, função exercida no evento, valor e assinatura).

17.6.3.5. Próteses e órteses, exclusivamente ligadas ao ato cirúrgico:

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

17.6.4. Documentos dos Beneficiários em caso de Morte:

17.6.4.1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário:

a) **Se maior de 16 (dezesseis) anos, inclusive:** RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada e Comprovante de Residência;
b) **Se menor de 16 (dezesseis) anos:** Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência de seu representante legal; Termo de Tutela se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

17.6.4.2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do Beneficiário e inexistindo cláusula beneficiária que conste na Proposta de Contratação, mediante aplicação da previsão legal instituída no Código Civil Brasileiro:

a) Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento atualizada pós óbito e Comprovante de Residência;
b) Companheiro (a): RG, CPF, Comprovante de Residência e:
b.1. Se Segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o Segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas com firma reconhecida;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.2. Se Segurado viúvo:

- Certidão de Casamento do Segurado;
- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

b.3. Se Segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF, CTPS ou outros), se houver;
- Comprovante de residência do Segurado e do companheiro em comum, que comprove a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

c) Filhos maiores de 16 (dezesseis) anos, inclusive: RG, CPF, Comprovante de Residência e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos filhos do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração). Entre 16 (dezesseis) e 18 (dezoito) anos deverá constar, também, documentos pessoais e assinatura do representante legal.

d) Filhos menores de 16 (dezesseis) anos: Certidão de Nascimento do menor; RG, CPF e Comprovante de Residência do responsável legal pelo menor e, Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelo responsável legal do(s) menor(es) e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração); Termo de Tutela, se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

e) Pais: RG, CPF e Declaração de Únicos Herdeiros feita e assinada pelos pais do Segurado sinistrado e mais duas testemunhas (com responsabilidade civil e criminal e reconhecimento de firma de todas as assinaturas constantes na declaração).

17.6.4.3. Nas situações em que o Segurado não indicar seus Beneficiários, e houver deixado descendentes, cônjuge/companheiro, poderá ser necessário o envio dos Autos do processo de Inventário dos bens deixados pelo Segurado.

17.6.4.4. Em caso de Beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após o envio do Aviso de Sinistro com a respectiva documentação.

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

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

17.9. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, não relacionados nesta Cláusula, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item **17.5** será suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

17.10. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item **17.5**, a Seguradora pagará o valor da indenização devido, acrescido de:

17.10.1. Juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir da mora, ou seja, da data em que o pagamento da indenização se tornou devido;

17.10.2. Multa de 2% (dois por cento);

17.10.3. Atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação;

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

18. BENEFICIÁRIOS

18.1. Cabe ao Segurado, a qualquer tempo, nomear ou substituir seus Beneficiários, mediante manifestação por escrito à Seguradora, ressalvadas as restrições legais.

18.2. Não sendo indicado o Beneficiário, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

18.3. Se a Seguradora não for informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

18.4. No caso do Beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.

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

18.6. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

18.7. A indicação de pessoa jurídica como beneficiária deste seguro somente será admitida se comprovado o legítimo interesse para que ela figure nessa condição.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA

19.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

19.1.1. Com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e/ou Subestipulante e Seguradora;

19.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante e/ou Subestipulante;

19.1.2.1. Ocorrendo o desaparecimento de vínculo entre o Segurado Titular e o Estipulante e/ou Subestipulante, aquele poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do mesmo, desde que haja concordância do Estipulante e/ou Subestipulante.

19.1.3. Quando o Segurado Titular solicitar sua exclusão da Apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;

19.1.4. Com o falecimento do Segurado Titular ou quando este vier a receber indenização por Invalidez Permanente Total e Parcial por Acidente (IPA – somente em caso de invalidez total);

19.1.5. Automaticamente, se o Segurado, seus Representantes, Dependentes ou Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;

19.1.6. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro, por parte do Segurado, seus Representantes ou Beneficiários;

19.1.7. Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 19 nestas Condições Gerais.

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

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.2. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência:

20.2.1. Se houver dolo, culpa, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;

20.2.2. Se o Estipulante e/ou Subestipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

20.2.3. Quando o Estipulante e/ou Subestipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora, durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;

20.2.4. Por falta de pagamento dos prêmios, observado o disposto no item **13** nestas Condições Gerais.

20.2.5. Por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado;

20.2.5.1. Desde que aceito pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de ¾ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente;

20.3. A cobertura dos Segurados Dependentes será cancelada nos seguintes casos:

20.3.1. Automaticamente, com o cancelamento do seguro do Segurado Titular, qualquer que seja a causa;

20.3.2. Quando solicitado por escrito pelo Segurado Titular;

20.3.3. Automaticamente, no caso da perda de condição de Dependente do Segurado, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;

20.3.4. Quando desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Titular à Seguradora;

20.3.4.1. Os prêmios eventualmente pagos após a comunicação da dissolução da sociedade conjugal, ou da união estável, serão devolvidos ao Segurado Titular.

20.3.5. Com o cancelamento da respectiva Cláusula Suplementar.

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

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante e/ou Subestipulante obrigados ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante e/ou Subestipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes ou dos seus Beneficiários:

21.1.1. Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;

21.1.2. Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

21.1.3. Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou Beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;

21.1.4. Inobservância do artigo 768, do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato; e

21.1.5. Não fornecimento da documentação solicitada.

21.2. A Seguradora não pagará qualquer indenização, ainda, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

21.3. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

21.4. É obrigação do Segurado comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito da cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

21.4.1. Em caso de agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação, manifestar ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, por escrito, sua intenção de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

21.4.2. O cancelamento do seguro, referido no subitem **21.4.1**, se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

21.5. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, referidas no item **21.1**, não resultarem de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

21.5.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

21.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

21.5.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

22. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

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

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

23. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

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

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

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

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, nas Condições Especiais, nas Cláusulas Suplementares e na Proposta de Contratação, se houver, constituem, ainda, obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante:

24.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

24.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados (inclusão/exclusão), alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

24.1.3. Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos Segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de "lavagem" e ocultação de bens, direitos ou valores, observada eventual norma que a substitua;

24.1.4. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas à Proposta de Contratação de seguro;

24.1.5. Repassar os prêmios pertinentes aos segurados ativos na apólice à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

24.1.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

24.1.7. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

24.1.8. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

24.1.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

24.1.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

24.1.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

24.1.12. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante e/ou Subestipulante;

24.1.13. Manter o pagamento do prêmio em dia, o Capital Segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro;

24.1.14. Manter no grupo segurado apenas funcionários em plena atividade laboral.

25. ALTERAÇÕES DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

25.1. Qualquer alteração da Proposta de Contratação, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de seguros habilitado.

25.2. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora, Estipulante e/ou Subestipulante.

25.3. Qualquer alteração na Proposta de Contratação em vigor deverá ser realizada por Aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante e/ou Subestipulante, ratificada pelo correspondente Endosso.

25.4. A alteração na Apólice que não implicar em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante. Caso haja alteração na Apólice que implique em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa e escrita de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

25.5. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

26. PRAZOS PRESCRICIONAIS

Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), relativos a este seguro, prescrevem nos prazos previstos em lei.

27. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

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

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

28.3. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da Apólice.

28.4. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro,

contados da data de adesão do Segurado ao seguro.

29. FORO

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

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

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo Capital Segurado ao Segurado, em caso de invalidez permanente, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÃO

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

Invalidez Permanente por Acidente (IPA) é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos nos itens 2.3 e 4 nas Condições Gerais.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

6.1. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade.

6.1.1. A aposentadoria concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só estado de invalidez permanente.

6.2. 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, se o Segurado se recusar.

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

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado por esta cobertura não poderá ser superior a 200% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica, do Segurado Titular, e estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação.

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

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

7.4. Não haverá reintegração de Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente, hipótese em que a cobertura de que trata estas Condições Especiais será automaticamente cancelada após seu pagamento.

7.5. Na hipótese de falecimento do Segurado após o pagamento do percentual cabível previsto no item **9** destas Condições Especiais, em decorrência do mesmo acidente, o valor da indenização ficará limitado à diferença entre a importância paga pela Seguradora e o Capital Segurado contratado para a cobertura de morte acidental.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5**, nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.1** nas Condições Gerais.

8.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deverá a indenização.

8.3. A indenização será paga de acordo com a tabela constante do item **9** nestas Condições Especiais, calculadas as percentagens sobre o Capital Segurado vigente no dia do acidente, não prevalecendo qualquer aumento do seguro efetuado posteriormente.

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

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

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

9. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Discriminação	% sobre Capital Segurado
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	**100**
Perda total do uso de ambos os membros superiores	**100**
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	**100**
Perda total do uso de ambas as mãos	**100**
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	**100**
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	**100**
Perda total do uso de ambos os pés	**100**
Alienação mental total e incurável	**100**
Nefrectomia bilateral	**100**
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSAS	
Perda total da visão de um olho	**30**
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra	**70**
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	**40**
Surdez total incurável de um dos ouvidos	**20**
Mudez incurável	**50**
Fratura não consolidada do maxilar inferior	**20**

Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	**20**
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	**25**
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de uso de um dos membros superiores	**70**
Perda total do uso de uma das mãos	**60**
Fratura não consolidada de um dos úmeros	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	**30**
Anquilose total de um dos ombros	**25**
Anquilose total de um dos cotovelos	**25**
Anquilose total de um dos punhos	**20**
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	**25**
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	**18**
Perda total do uso da falange distal do polegar	**09**
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	**15**
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	**12**
Perda total do uso de um dos dedos anulares	**09**
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	**Equivalente a ⅓ do valor do dedo respectivo**
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	**70**
Perda total do uso de um dos pés	**50**
Fratura não consolidada de um fêmur	**50**
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	**25**
Fratura não consolidada da rótula	**20**
Fratura não consolidada de um pé	**20**
Anquilose total de um dos joelhos	**20**
Anquilose total de um dos tornozelos	**20**
Anquilose total de um quadril	**20**
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	**25**
Amputação do 1º (primeiro) dedo	**10**
Amputação de qualquer outro dedo	**03**
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	**Equivalente a ½ do respectivo dedo**
Perda dos demais dedos	**Equivalentes a ⅓ do respectivo dedo**
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cindo) centímetros ou mais	**15**
De 4 (quatro) centímetros	**10**
De 3 (três) centímetros	**06**
Menos de 3 (três) centímetros	**Sem indenização**

DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	**10**
Em grau médio	**20**
Em grau máximo	**30**
NARIZ	
Perda total do nariz	**25**
Perda total do olfato	**07**
Perda do olfato com alterações gustativas	**10**
APARELHO VISUAL	
Diplopia	**15**
Lesões das vias lacrimais:	
Unilateral	**07**
Unilateral com fístulas	**15**
Bilateral	**14**
Bilateral com fístulas	**25**
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris:	
Ectrópio unilateral	**03**
Ectrópio bilateral	**06**
Entrópio unilateral	**07**
Entrópio bilateral	**14**
Má oclusão palpebral unilateral	**03**
Má oclusão palpebral bilateral	**06**
Ptose palpebral unilateral	**05**
Ptose palpebral bilateral	**10**
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	**50**
Perda de substância (palato mole e duro)	**15**
Amputação total da língua	**50**
Parcial - menos de 50%	**15**
mais de 50%	**30**
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	**08**
Perda total das duas orelhas	**16**
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	**15**

Cistostomia (definitiva)	**30**
Incontinência urinária permanente	**30**
Perda de um rim:	
Função renal preservada	**30**
Redução da função renal (não dialítica)	**50**
Redução da função renal (dialítica)	**75**
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	**10**
Perda de dois testículos	**30**
Amputação traumática do pênis	**50**
Perda do útero antes da menopausa	**40**
Perda do útero depois da menopausa	**10**
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	**10**
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	**15**
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	**15**
Paralisia de uma corda vocal	**10**
Paralisia de duas cordas vocais	**30**
Traqueostomia definitiva	**40**
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	**10**
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	**15**
Redução em grau mínimo da função respiratória	**25**
Redução em grau médio da função respiratória	**50**
Insuficiência respiratória	**75**
MAMAS	
Mastectomia unilateral	**10**
Mastectomia bilateral	**20**
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	**20**
Gastrectomia total	**40**
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	**20**
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	**40**
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	**20**
Colectomia total	**40**

Colostomia definitiva	**40**
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	**30**
Incontinência fecal com prolapso	**50**
Retenção anal	**10**
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	**10**
Lobectomia com insuficiência hepática	**50**
Extirpação da vesícula biliar	**07**
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	**20**
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	**20**
Síndrome pós-concussional	**05**
PERDA DO BAÇO	**15**

10. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

10.1. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, exceto quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

10.2. A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à indenização por invalidez permanente.

11. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

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

a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica, ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

11.2. Esta cobertura **termina**:

a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura adicional;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado;

d) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

11.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido

indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

12. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, observado o disposto no item **11.2** nestas Condições Especiais.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

III. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICONAL: INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE MAJORADA (IPAM)

1. COBERTURA

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

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

2. CONCESSÃO DA COBERTURA

2.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuge ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

2.2. Esta cobertura somente pode ser contratada como adicional à cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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

3.2. Excluem-se desta cobertura as lesões que resultem na perda total de qualquer outro membro ou órgão, além dos relacionados no item **1** das Condições Especiais.

4. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta Cobertura, a data da ocorrência do acidente.

5. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

5.1. A Invalidez por Acidente Majorada prevista nestas Condições Especiais deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente

com os demais documentos elencados no item **17.5** e **17.6.1** das Condições Gerais.

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

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

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

6. CAPITAL SEGURADO

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

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

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

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

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **4**, nesta Condição Especial, e **17**, nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.1** nas Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente, com o início de vigência de Invalidez Permanente Total ou Parcial por

Acidente (IPA):

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

8.2. Esta cobertura **termina:**

a) Simultaneamente, com o cancelamento da cobertura básica ou da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado;

d) Com o recebimento do Capital Segurado em razão de invalidez permanente total.

8.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização por invalidez, do Capital Segurado previsto para morte, será deduzido o percentual já pago para invalidez.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Esta cobertura adicional poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, observado o disposto no item **8.2** nestas Condições Especiais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE – DIT

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo, garantir o pagamento de uma importância limitada ao Capital Segurado ao Segurado, no caso de seu afastamento total (impossibilidade), contínuo e temporário da sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar em tratamento médico, exclusivamente em consequência de acidente pessoal, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1. Capital Segurado é a renda diária contratada. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

2.2. Evento Coberto ou Risco Coberto é o afastamento total, contínuo e temporário de todas as atividades remuneradas, decorrente de acidente coberto, ocorrido na vigência desta cobertura e que dê direito ao Segurado ao recebimento da indenização, no limite do período indenitário contratado e observadas as Condições Contratuais.

2.3. Incapacidade Temporária é a perda total, contínua e temporária de capacidade para a prática da profissão ou ocupação, causada direta e exclusivamente por acidente.

2.4. Período Indenitário é aquele durante o qual o Segurado fará jus ao recebimento de indenização. Os períodos de afastamentos por eventos cobertos somam-se, tenham eles a mesma causa ou não, até o limite do período indenitário contratado.

2.5. Preexistência: vide Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes do item Erro! Fonte de referência n ão encontrada. nas Condições Gerais.

2.6. Renda Diária é o valor do Capital Segurado dividido por 30 (trinta).

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3.2. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

4. RISCOS COBERTOS

Estão expressamente cobertas nesta cobertura as lesões acidentais decorrentes de:

4.1. Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar exposto em decorrência de acidente coberto;

4.2. Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

4.3. Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

4.4. Choque elétrico e raio;

4.5. Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

4.6. Escapamento acidental de gases e vapores;

4.7. Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

4.8. Infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

4.9. Queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura os afastamentos decorrentes, direta ou indiretamente, de:

5.1.1. Incapacidade que tenha se iniciado antes da data de inclusão do Segurado nesta cobertura;

5.1.2. Cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos por esta cobertura;

5.1.3. Quaisquer doenças, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

5.1.4. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

5.1.5. Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica e pela Portaria/MS Nº 1.339/1999, bem como as suas consequências pós-

tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

5.1.6. Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, constante do item 2.3 , das Condições Gerais;

5.1.7. Acidentes ou lesões preexistentes ao início de vigência da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado, bem como a incapacidade que tenha se iniciado antes da data de início de vigência da respectiva cobertura individual;

5.1.8. Envenenamento de caráter coletivo ou outra causa física que atinja maciçamente a população.

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

6. FRANQUIA

6.1. Haverá franquia de 15 (quinze) dias, ou seja, durante os primeiros 15 (quinze) dias de afastamento em decorrência de evento coberto, não caberá a Seguradora qualquer responsabilidade em relação ao pagamento da indenização.

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

7. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data da ocorrência do acidente, respeitada a definição de "preexistência" constante do item **2.16**, nas Condições Gerais, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

8. PERÍODOS DE AFASTAMENTO

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

8.2. A solicitação de indenização para afastamentos decorrentes de todo e qualquer evento relativo a acidente, incluindo a luxação, entorse e distensão de qualquer topografia deverá vir, obrigatoriamente, acompanhada de Boletim Médico de Pronto Atendimento e ficará sujeita à

perícia médica, a critério da Seguradora.

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

8.4. Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

8.5. O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite de diárias contratado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O Capital Segurado, bem como o número de diárias contratadas, estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação, a título de Renda Diária.

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

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **7** nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **0** nas Condições Gerais.

10.2. Comunicado devidamente o sinistro e reconhecido o direito à indenização, o pagamento, referente a cada mês, será efetuado até o 5º dia útil do mês subsequente. Encerrando-se o afastamento, o pagamento será efetuado até o 5º dia útil do seu término, respeitando-se, em qualquer hipótese, o prazo previsto no item **17** das Condições Gerais.

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

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

11. ALTERAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

11.1. Mediante preenchimento de nova Proposta de Contratação, o Estipulante e/ou Subestipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, valendo-se a Seguradora do prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa dessa proposta de aumento, observado o disposto no item **8**, e seguintes, das Condições Gerais, e o item **9**, nestas Condições Especiais.

11.1.1. A redução de Capital Segurado é de exclusiva faculdade do Estipulante e/ou Subestipulante, respeitado o disposto no item **25**, das Condições Gerais.

11.2. O aumento do Capital Segurado, após aceitação da Seguradora, terá vigência de acordo com o estabelecido no item **10** das Condições Gerais.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA

12.1. O direito à indenização cessará na data do efetivo término da incapacidade do Segurado ou de seu retorno à atividade remunerada, ou, automaticamente, ao se completar o período indenitário contratado, o que ocorrer primeiro.

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

12.2.1. Caso a Seguradora venha a efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, dos valores indevidamente pagos, corrigidos monetariamente pelo índice especificado em contrato, acrescidos de juros conforme especificado em contrato ao mês, “pro rata”, contados da data do pagamento.

13. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

13.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

13.2. Esta cobertura **termina**:

a) Sempre que for cancelada a cobertura básica.

b) Esta cobertura termina, independentemente da continuidade da vigência da cobertura básica e das demais coberturas contratadas, nas seguintes hipóteses:

b.1) Quando o Segurado deixar de exercer atividade remunerada; ou

b.2) Quando esgotado o período indenitário desta cobertura, cessando, consequentemente, a obrigação de pagamento das parcelas do prêmio, referente

a esta cobertura.

c) Com o falecimento do Segurado.

14. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **13.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

V. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: DIÁRIA POR INTERNAÇÃO EM UTI – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (DUTI)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Titular, decorrente de acidente pessoal coberto, observado o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, os riscos excluídos e os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1. Capital Segurado é o valor máximo a ser indenizado ao Segurado Titular, referente a cada dia de internação hospitalar em UTI (unidade de terapia intensiva), em decorrência de acidente pessoal coberto.

2.2. Hospital é qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado devidamente instalado e equipado para a prática de tratamento médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.

2.3. Médico Assistente é o profissional médico, que atende (assiste) o segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica.

2.4. Renda Diária é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de internação comprovada, exclusivamente em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o Segurado Titular permanecer internado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva). O Segurado Titular somente terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 (doze) horas.

2.5. UTI (Unidade de Terapia Intensiva) é um serviço hospitalar destinado a usuários em situação clínica grave ou de risco, clínico ou cirúrgico, necessitando de cuidados intensivos, assistência médica, de enfermagem e fisioterapia, ininterruptos, monitorização contínua durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, além de equipamentos e equipe multidisciplinar especializada.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força

de cláusula suplementar.

4. RISCOS COBERTOS

Estão expressamente cobertas nesta cobertura as lesões acidentais decorrentes de:

4.1. Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando a elas o Segurado ficar exposto em decorrência de acidente coberto;

4.2. Ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

4.3. Atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

4.4. Choque elétrico e raio;

4.5. Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

4.6. Escapamento acidental de gases e vapores;

4.7. Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

4.8. Infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

4.9. Queda n'água ou afogamento.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

5.2. Também não haverá cobertura caso:

5.2.1. A internação não ocorrer em hospital, especialmente no caso de Home Care (internação domiciliar);

5.2.2. O Segurado Titular não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da internação.

5.3. Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

5.3.1. Qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital do item 2.2 nestas Condições Especiais;

5.3.2. Instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;

5.3.3. Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e

assemelhados;

5.3.4. Clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;

5.3.5. Instituição de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes e/ou reabilitação de quaisquer espécies; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;

5.3.6. Home Care (internação domiciliar);

5.3.7. Leitos de hospital que não sejam reconhecidos legalmente como UTI (Unidade de Terapia Intensiva).

5.4. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

6. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do acidente pessoal, desde que decorrente de acidente coberto e ocorrido na vigência do seguro.

7. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

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

7.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento da diária por internação em UTI, se o Segurado se recusar.

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

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado, bem como o número de diárias contratadas, estará expresso na Apólice e na Proposta de Contratação, a título de Renda Diária.

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

8.3. Na eventualidade do Segurado possuir na Seguradora mais de um seguro cuja característica e objetivo coincidam com esta cobertura, a Seguradora observará, quando do recebimento da

Proposta de Contratação, os limites de indenização para aceitação desta Proposta.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

9.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 6 nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.2** nas Condições Gerais.

9.2. O período indenitário iniciará no primeiro dia da internação em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) e terminará no dia da alta médica da UTI (Unidade de Terapia Intensiva) do Segurado Titular, respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

9.2.1. Caso o período de permanência em UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não seja contínuo durante a internação hospitalar do Segurado Titular, o número de diárias equivalerá a somatória dos períodos em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), respeitado o limite máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias.

10. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

10.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

10.2. Esta cobertura **termina**:

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

10.3. Caso o Segurado venha a falecer, em decorrência do mesmo acidente, após ter recebido indenização prevista nesta cobertura, não haverá dedução do valor contratado para as coberturas básicas.

11. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **10.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS E HOSPITALARES – DMH

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, em caso de atendimento médico e/ou hospitalar efetuado exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento, decorrente de acidente pessoal coberto, observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico e/ou hospitalar ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

2.2. **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas e/ou hospitalares, do Segurado, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes.

2.3. **Despesas Médicas e Hospitalares** são aquelas decorrentes da hospitalização do Segurado para tratamento clínico ou cirúrgico, em decorrência de evento que exija atendimento médico-hospitalar imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto.

2.4. **Médico Assistente** é o profissional médico, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica.

2.5. **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico e/ou hospitalar, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3.2. Não poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura:

4.1. Os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

4.2. As despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:

4.2.1. Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;

4.2.2. Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;

4.2.3. Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

4.2.4. Procedimentos realizados antes do início de vigência desta cobertura;

4.2.5. Internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.2.6. Outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);

4.2.7. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;

4.2.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado Principal, de atos ilícitos ou contrários a lei;

4.2.9. Perda de dentes e danos estéticos.

4.3. Não estarão cobertas, em qualquer hipótese, despesas ocorridas no exterior.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico ou hospitalar.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

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

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

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

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os Capitais Segurados contratados, ou seja, os limites de reembolso, bem como os respectivos prêmios estarão expressos na Apólice e na Proposta de Contratação.

7.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto se decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **5** nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.3** nas Condições Gerais.

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

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica; ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura **termina**:

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

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

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento do respectivo reembolso ao Segurado, limitado ao Capital Segurado contratado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, e, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica e odontológica, desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1. **Capital Segurado** é o valor máximo a ser reembolsado, em caso de realização de despesas de atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico ao Segurado, em decorrência de acidente pessoal. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

2.2. **Credor do Reembolso** é o próprio Segurado; em casos previamente acordados entre as partes contratantes, poderá ser credora do reembolso a pessoa física ou jurídica que tenha realizado o pagamento das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, do Segurado, e em cujo nome estejam as Notas Fiscais ou Faturas competentes.

2.3. **Despesa Médica, Hospitalar e Odontológica** é aquela decorrente da hospitalização do Segurado para tratamento clínico, cirúrgico ou odontológico, em decorrência de evento que exija atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico imediato (emergência ou urgência) ou de evento programado com antecedência (eletivo), desde que decorrente de acidente pessoal coberto.

2.4. **Médico/Dentista Assistente** é o profissional médico/dentista, que atende (assiste) o Segurado, sendo responsável pela avaliação, indicação e acompanhamento da conduta médica/odontológica.

2.5. **Reembolso** é o valor a ser pago ao Segurado, a título de reposição de valores das despesas realizadas para o seu atendimento médico, hospitalar e/ou odontológico, decorrente de acidente pessoal coberto, limitado ao Capital Segurado contratado.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

3.1. Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

3.2. Não poderá ser contratada juntamente com a cobertura de Despesas Médicas e Hospitalares (DMH).

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 nas Condições Gerais, bem como do item 4 nas Condições Especiais da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), estão também expressamente excluídos desta cobertura:

4.1. Os eventos decorrentes de estados de convalescença (após a alta médica), as despesas de acompanhantes e os aparelhos que se referem à órtese de qualquer natureza e prótese de caráter permanente, exceto as próteses pela perda de dentes naturais;

4.2. As despesas médicas e/ou hospitalares decorrentes de:

4.2.1. Aluguel ou aquisição de todo tipo de equipamentos e aparelhos hospitalares, aparelhos estéticos ou protéticos, óculos, aparelhos ortopédicos, ortofônicos, válvulas, órteses e próteses não ligadas ao ato cirúrgico (intra-operatório), bem como próteses de propulsão mioelétrica de propulsão pneumática, híbridas alteradas por princípio muscular e outras do gênero;

4.2.2. Cirurgias plásticas e tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou social;

4.2.3. Enfermagem, seja em regime hospitalar ou domiciliar;

4.2.4. Procedimentos realizados antes do início de vigência desta Cobertura;

4.2.5. Internações, tratamentos, exames, terapias, consultas, medicamentos e cirurgias experimentais ainda não reconhecidas pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.2.6. Outros itens não necessários ao tratamento médico-hospitalar (telefonemas, alimentação não fornecida pelo hospital, utilização de frigobar, televisor, fornecimento de material de toalete e perfumaria em geral, etc.);

4.2.7. Procedimentos médicos e hospitalares não prescritos ou solicitados pelo Médico Assistente;

4.2.8. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais, bem como lesões ou patologias resultantes da prática, por parte do Segurado Principal, de atos ilícitos ou contrários a lei.

4.3. Não estarão cobertos, em qualquer hipótese, eventos ocorridos no exterior.

5. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do atendimento médico, hospitalar e odontológico.

6. COMPROVAÇÃO DO EVENTO

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

6.2. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação do evento, sob pena de não pagamento do reembolso, se o Segurado se recusar.

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

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. Os Capitais Segurados contratados, ou seja, os limites de reembolso, bem como os respectivos prêmios estarão expressos no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão e na Proposta de Contratação.

7.2. A reintegração do Capital Segurado será automática quando da ocorrência do sinistro, exceto se decorrentes do mesmo acidente, respeitados os valores de reembolso contratados.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

8.1. O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item 5 nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos nos itens **17.5** e **17.6.3** nas Condições Gerais.

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

9. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

9.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente, com o início de vigência da cobertura básica; ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

9.2. Esta cobertura **termina:**

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

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

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** das Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **9.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

VIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL: MORTE ACIDENTAL COMPLEMENTAR (MAC)

1. OBJETIVO

A presente cobertura adicional, desde que contratada, tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização complementar aos Beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte do Segurado Principal, exclusivamente, por acidente pessoal, e observados os demais itens nestas Condições Especiais, nas Condições Gerais e Proposta de Contratação.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. O Segurado deverá nomear um Beneficiário específico para o recebimento deste benefício.

2.1.1. Não havendo nomeação deste Beneficiário pelo Segurado, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

3. CONCESSÃO DA COBERTURA

Esta cobertura não pode ser contratada para cônjuges ou filho(s), eventualmente incluídos por força de cláusula suplementar.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente EXCLUÍDOS desta cobertura os eventos previstos no item 4 nas Condições Gerais.

5. DATA DO EVENTO

Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, a data do falecimento do Segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

O valor do Capital Segurado para esta cobertura não poderá ser superior a 10% (dez por cento) do valor do Capital Segurado da cobertura básica e estará expresso no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão e na Proposta de Contratação.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado será realizado conforme disposto no item **6** nesta Condição Especial, e **17** nas Condições Gerais, devendo o Beneficiário apresentar à Seguradora os documentos referidos no item **17.5** nas Condições Gerais.

8. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

8.1. Esta cobertura **começa** a vigorar, para todos os Segurados:

a) Simultaneamente com o início de vigência da cobertura básica, ou

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

8.2. Esta cobertura **termina**:

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cobertura;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** nas Condições Gerais, esta cobertura cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **8.2** nestas Condições Especiais, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

IX. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Esta cláusula, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão automática do cônjuge do Segurado no seguro, exclusivamente na(s) cobertura(s) de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

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

2.2. Para fins desta cláusula, somente será permitida a contratação da(s) cobertura(s) do item **1** desta cláusula suplementar, desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.

2.3. Somente poderá participar do seguro o cônjuge que:

- Se encontrar em boas condições de saúde, e
- Atender ao limite de idade estabelecido pela Seguradora.

2.4. A inclusão e permanência do cônjuge no seguro ficará, em qualquer hipótese, condicionada à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. O Beneficiário da indenização por morte devida por esta cláusula suplementar será sempre o Segurado Titular.

3.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do cônjuge, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários indicados pelo Segurado Titular, ou se a indicação não prevalecer, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

4. CAPITAL SEGURADO

Os Capitais Segurados dos cônjuges, incluídos por esta cláusula, não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos no Certificado, na Apólice, na Proposta de Adesão e na Proposta de Contratação.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada no item **17** nas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

6.1. Esta cláusula **começa** a vigorar:

a) Simultaneamente com o início de vigência desta cláusula;

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cláusula **termina**:

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cláusula;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** nas Condições Gerais, esta cláusula cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **6.2** desta Cláusula Suplementar, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

X. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE FILHO

1. OBJETIVO

Esta cláusula, desde que contratada, tem por objetivo a inclusão automática do(s) filho(s) do Segurado Titular no seguro, exclusivamente, na cobertura de Morte Acidental (MA).

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

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

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

2.1.1. Não pode(m) participar desta cobertura o(s) filho(s) que faça(m) parte do Grupo de Segurados Titulares.

2.2. Para fins desta cláusula, somente será permitida a contratação da(s) cobertura(s) do item 1 desta cláusula suplementar desde que o Segurado Titular também as tenha contratado.

2.3. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Titulares, do mesmo Grupo Segurado, o(s) filho(s) pode(m) ser incluído(s) uma única vez, como dependente(s) daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Titular para efeito desta Cláusula.

2.4. Somente poderá(ão) participar do seguro o(s) filho(s) que:

- Se encontrar(em) em boas condições de saúde, e
- Depender(em) economicamente do Segurado Titular.

2.5. A inclusão e a permanência do(s) filho(s) no seguro ficarão, em qualquer hipótese, condicionadas à inclusão e permanência do Segurado Titular.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1. O Beneficiário da indenização por morte prevista nesta cláusula será o Segurado Titular.

3.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Titular e do filho, a indenização prevista nesta cláusula será paga aos herdeiros legais deste, exceto disposição em contrário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os Capitais Segurados dos filhos, incluídos por esta cláusula, não poderão ser superiores aos contratados para o Segurado Titular e estarão descritos na Apólice e na Proposta de Contratação.

4.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos esta cláusula observará o disposto no item **8.2.6** nas Condições Gerais.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O pagamento do Capital Segurado estará condicionado à apresentação da documentação básica relacionada nos itens **17** nas Condições Gerais.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA CLÁUSULA

6.1. Esta cláusula **começa** a vigorar:

a) Simultaneamente com o início de vigência desta cláusula;

b) Em data posterior, prevista em aditivo, se contratada após o início de vigência da Apólice.

6.2. Esta cláusula **termina**:

a) Simultaneamente com o cancelamento da cobertura básica ou da presente cláusula;

b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado do seguro;

c) Com o falecimento do Segurado.

7. CANCELAMENTO DA CLÁUSULA

Além das hipóteses previstas nos itens **19** e **20** nas Condições Gerais, esta cláusula cessará com o seu cancelamento, observado o disposto no item **6.2** desta Cláusula Suplementar, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

XI. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

A presente condição tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

2. DEFINIÇÃO

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em um determinado período.

3. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

3.1. Considera-se excedente técnico o saldo positivo entre as receitas e despesas da apólice, a saber:

3.1.1. Receitas

a) Prêmios de competência e correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos; e

b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;

3.1.2. Despesas

a) Comissões de corretagem pagas durante o período;

b) Comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;

c) Comissões de agenciamento pagas durante o período;

d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando–se de uma só vez o sinistro com pagamento parcelado;

e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados e;

f) Despesas efetivas de administração, estabelecidas;

g) Prêmios de resseguro facultado, quando houver;

h) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR).

3.2. Os excedentes técnicos, quando prevista sua distribuição, obedecerão às regras fixadas no contrato.

4. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

4.1. Quando previsto a distribuição de excedente técnico, a forma de apuração abaixo descrita deverá

constar no contrato.

4.2. O período de apuração é composto por 12(doze) meses a contar do início de vigência ou da data do aniversário anual da Apólice.

4.3. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período.

4.4. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados.

4.5. No caso de rescisão contratual não haverá o pagamento do último excedente apurado.

5. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

XII. CANAIS DE COMUNICAÇÃO

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

Horário de Atendimento: 2ª a 6ª das 8h às 20h (exceto feriados nacionais)

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

E-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

www.segurosunimed.com.br/faleconosco

• OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

✓ **Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:**

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, Beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão

adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ **Como e onde recorrer:**

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- O nome do Segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da Apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

- Pelo site: preencher o formulário em www.segurosunimed.com.br /ouvidoria/
- Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

  Seguros Unimed – Ouvidoria

  Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

  Cerqueira César - São Paulo – SP

  CEP:01410-901

- Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- Presencialmente, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

  Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346

  Cerqueira César - São Paulo - SP

  CEP:01410-901

Unimed Seguradora S.A. | CNPJ/MF 92.863.505/0001-06 | Reg. SUSEP 694-7
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 366 - Cerqueira César | CEP: 01410-901 | São Paulo – SP
Atendimento Nacional: 0800 016 6633 | Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611
Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565
www.segurosunimed.com.br