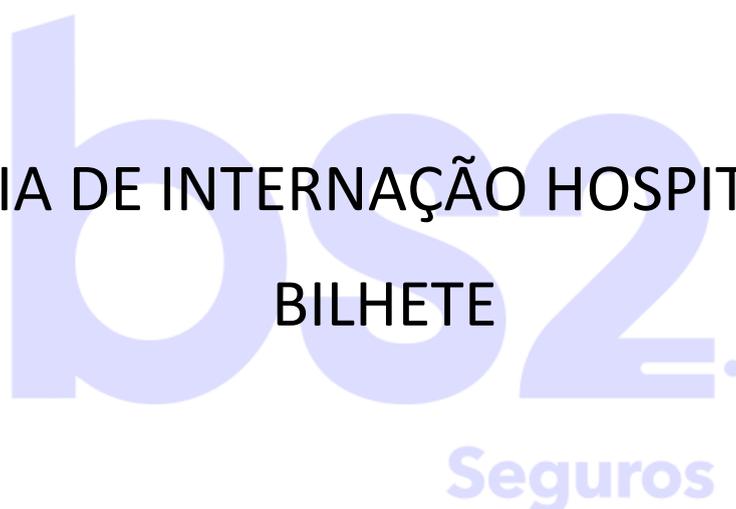


CONDIÇÕES GERAIS

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
BILHETE



Sumário

DISPOSIÇÕES INICIAIS	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	7
5. CARÊNCIA	8
6. FRANQUIA	8
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
8. DA ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO	8
9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	9
10. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	9
11. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	9
12. BENEFICIÁRIOS	10
13. CAPITAL SEGURADO	10
14. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	10
15. PRÊMIO DO SEGURO	10
16. CANCELAMENTO E SUSPENSÃO DA COBERTURA	11
17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS	12
18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA	12
19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO	14
21. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO	15
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	16
23. PRESCRIÇÃO	16
24. FORO	16
CONDIÇÕES ESPECIAIS	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)	17
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	20

DISPOSIÇÕES INICIAIS

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

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

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou seu representante legal, o pagamento de uma indenização, limitada ao capital segurado contratado, conforme o caso, na ocorrência do evento coberto, durante a vigência do seguro, observados os períodos de franquia e carência, os riscos excluídos e as demais regras das condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente 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:

Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se desse conceito:

- 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 micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:
 - Lesões por Esforços Repetitivos – LER;
 - Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT;

- Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC; ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico–científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- 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, definido no subitem anterior.

Acidente Vascular Cerebral: É definido como qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial.

Agravamento de risco: A ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Ato doloso: Ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato ilícito: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de sinistro: É a comunicação formal da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. É a comunicação oficial à Seguradora na ocorrência do sinistro, sua natureza e gravidade.

Beneficiários: São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.

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

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio o obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Capital Segurado: É o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, cotado a partir da data de início de vigência do Seguro, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou seus beneficiários não terão direito à integridade da cobertura contratual, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: É constituído pelos documentos de aceitação que formalizam o contrato e estabelecem o direito a indenização de seguro, nos termos das condições contratuais.

Corretor de seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Diária Segurada: É a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a cobertura adicional de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), vigente na data do evento.

Doença: É o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.**

Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes: Doença, lesão e/ou deficiência, inclusive congênita, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação.

Dolo: É a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Franquia: É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização ou reembolso, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual a cobertura proposta será garantida pela Seguradora.

Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Má-fé: Agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações, etc). **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Período de Cobertura: Período em que o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo Seguro.

Período Indenizável: É o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento das Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIH), se contratada.

Prêmio do Seguro: É o valor a ser pago pelo Segurado à Seguradora, destinado ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas.

Proponente: Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

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

Regulação de Sinistros: Conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

Resilição do contrato: É a anulação de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ser por ato unilateral de uma das partes.

Risco coberto: É o risco previsto no Bilhete de Seguro que caracterizará a indenização e/ou reembolso.

Riscos excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: É a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

Seguradora: SEGURADORA: É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

Seguro: É o contato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência e determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

Sinistro: Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de Seguro.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas deste Seguro são:

- a) Diária de Internação Hospitalar (DIH);
- b) Morte Acidental (MA).

3.2. As coberturas estarão descritas no Bilhete de Seguro com seus respectivos capitais segurados.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados e de conhecimento do Segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de transportes mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) De competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- i) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do seguro;
- j) De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoa coberto;
- k) De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”;
- l) De perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico;
- m) Epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- n) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
- o) Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
- p) De hérnias de quais quer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

5. CARÊNCIA

5.1. Quando houver a carência será determinada nas Condições Especiais da cobertura e descrita no Bilhete de seguros.

5.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro, conforme disposições do Código Civil vigente ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

6. FRANQUIA

As franquias, quando aplicáveis, serão estabelecidas nas Condições Especiais de acordo com a cobertura contratada.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO

7.1. A abrangências das coberturas previstas nestas Condições Gerais se aplicam:

7.1.2. Diária de Internação Hospitalar, para eventos cobertos ocorridos em território nacional;

7.1.1. Morte Acidental para eventos cobertos ocorridos em todo o Globo terrestre.

8. DA ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO

8.1. A contratação do Bilhete de Seguro deverá ser feita por meio de solicitação feita pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.1.1. A emissão do Bilhete de Seguro, ou do Endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da sua solicitação.

8.2. Somente poderão ser aceitas no seguro as pessoas físicas que na data da contratação do seguro tenham idade dentro dos limites e demais critérios estabelecidos pela Seguradora.

8.3. O pagamento do prêmio total do Bilhete de Seguro formaliza a contratação do seguro.

8.4. O Bilhete de Seguro, será emitido com base nas declarações prestadas pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.5. Se os dados do Bilhete de Seguro estiverem diferentes dos informados na contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Bilhete de Seguro emitido.

9. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

9.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

9.2. O Bilhete será emitido com base nas declarações prestadas na solicitação do Bilhete, Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

9.3. Se os dados do Bilhete estiverem diferentes dos informados dos prestados na solicitação do Bilhete, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Bilhete emitido.

9.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.

10. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

10.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete.

10.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 10.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

10.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

10.4. A sociedade seguradora, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

10.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1. As coberturas e capitais contratados do Bilhete vigorarão por no mínimo 1 (um) dia e no máximo 60 (sessenta) meses a partir da data de pagamento do prêmio e conforme expresso no respectivo Bilhete.

11.2. As Coberturas e Capitais do Bilhetes terão início e fim de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas e expressas no Bilhete, ou na data do cancelamento do Bilhete ou a data de falecimento do Segurado, o que ocorrer primeiro.

11.3. Neste seguro não haverá renovação.

12. BENEFICIÁRIOS

12.1. Para a cobertura de Diária de Internação Hospitalar será o próprio segurado, ou seu representante legal.

Para a Cobertura de Morte Acidental, o Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais.

12.2. O Segurado poderá a qualquer tempo, alterar a indicação de beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

12.2.1. Em caso de sinistro, será considerada a última alteração de beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. O valor do capital segurado contratado de cada cobertura e sua respectiva vigência serão descritos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada e expressos no Bilhete de Seguro.

13.2. O valor do Capital Segurado contratado não poderá ser alterado durante a vigência do Bilhete, exceto por atualização monetária (quando couber).

14. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Após o pagamento de uma indenização não haverá a reintegração das Diárias e do capital segurado, sendo assim, quando o valor de indenização de um ou mais sinistros atingir as diárias e o capital segurado contratado, a cobertura será automaticamente cancelada, não cabendo a evolução dos prêmios já pagos.

15. PRÊMIO DO SEGURO

15.1. A periodicidade de pagamento do Seguro poderá ser mensal, ou único onde o pagamento corresponderá ao período de cobertura será descrito no Bilhete.

15.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio correspondente ao período de cobertura, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para o pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

15.2.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão no Bilhete de Seguro, e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

15.2.2. O recolhimento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado por meio de boleto bancário, débito em conta, fatura de cartão de crédito e PIX, de acordo com a forma de cobrança disponibilizada no Bilhete.

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

16. CANCELAMENTO E SUSPENÇÃO DA COBERTURA

16.1. A falta do pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

16.1.1. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada para o seu vencimento, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão Automática da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

16.1.2. O prazo de suspensão da cobertura será de 90 (noventa) dias a contar das 24 (vinte e quatro) horas da data do vencimento da parcela do prêmio não pago. Após este período o seguro será cancelado automaticamente pela Seguradora, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

16.1.3. Os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência descrita no subitem 16.1.2. anterior, não terão cobertura, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

16.1.4. A reabilitação no Bilhete de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

16.2. Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

16.3. O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência da Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16.4. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

16.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.

16.6. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o Prêmio do Seguro recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIOS

17.1. Nos Bilhetes com vigência superior 12 (doze) meses, o valor do Capital Segurado e dos respectivos Prêmios (quando pagamento mensal) serão atualizados monetariamente pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo.

17.2. No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o IGPM/IBGE Índice Geral de Preços Mercado apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

18. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

18.1. Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis.

18.2. No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o IGPM/IBGE Índice Geral de Preços Mercado apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

18.3. No caso de cancelamento do Bilhete, os valores porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data de efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

18.4. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

18.5. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis., acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no subitem 18.3 para o pagamento da respectiva obrigação, observando-se que:

18.5.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro.

18.5.2. Os juros moratórios serão devidos a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 18.3.

18.6. As atualizações definidas nos itens 18.1 e 18.2, serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

19.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por meio dos canais existentes de comunicação informados no Bilhete.

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

19.3. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

19.3.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 19.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

19.3.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos subitens 19.3 e 19.3.1, a Seguradora pagará multa de 1% (um por cento) e juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva acumulada do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo., a partir da data em que se tornarem exigíveis apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

19.3.2.2. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

19.3.2.2.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19.4. Perícia da Seguradora

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

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

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

19.5. Junta Médica

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

19.5.1.1. 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.

19.5.1.2. 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.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa ao final de vigência da cobertura individual ou quando do cancelamento do Seguro ou quando do falecimento do Segurado.

20.2. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro também nas seguintes situações:

- a) Na indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado;
- b) Por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;
- c) Por inadimplência conforme descrito no item 16 - CANCELAMENTO E SUSPENÇÃO DA COBERTURA;
- d) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante a vigência do contrato;

- e) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou corretor de seguro no ato da contratação e/ou durante a vigência do seguro.

20.3. Os valores eventualmente devidos a títulos de devolução do prêmio sujeitam-se a atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

20.4. O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

21.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Segurado:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- c) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) 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
- e) Não fornecimento da documentação solicitada.

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

21.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea “a” do subitem 19.1 não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade Seguradora poderá:

- a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a1. Cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - a2. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - b1. 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
 - b2. 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.
- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais e especiais e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

23. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

24. FORO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante pagamento do prêmio, o pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, limitado ao **número máximo de diárias contratada e estabelecido no certificado individual de seguro**, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado e as demais disposições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

As definições aplicadas a presente cobertura estão indicadas no item 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura, além dos eventos descritos no item 2 – DEFINIÇÕES, subitem Acidente Pessoal e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- 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 Pessoal 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 como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- 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, definido nesta cláusula.
- e) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a meningite, a febre aftosa, bem como aquelas causadas por picadas de insetos, tais como a malária, a dengue, zika vírus, a febre chikungunya, dentre outras, não se limitando a elas;
- f) Doenças decorrentes de sequestros e suas tentativas, a doença identificada como Acidente Vascular Cerebral – AVC, 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 pessoal coberto;

- g) Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto;
- h) Gravidez tópica ou ectópica, exceto parto ou aborto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;
- i) Cirurgia para correção de fimose;
- j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- k) Tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- l) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- m) Cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- n) Tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- o) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- p) Doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CAPITAIS SEGURADOS

4.1. Para fins desta cobertura, os capitais segurados e suas respectivas vigência serão definidos e discriminados no Bilhete de Seguro respeitado as seguintes regras:

- a) Valor e vigência da diária estabelecido no Bilhete de Seguro;
- b) Limite máximo de até 30 (trinta) diárias por vigência.

4.2. O capital segurado será pago de uma única vez e será calculado após a regulação do sinistro, considerando o período em que o segurado esteve internado em Hospital, a contar do 1º (primeiro) dia de internação até a data da alta médica, multiplicado pelo valor da diária contratada, respeitadas as condições contratuais.

4.3. O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e honorários médicos.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Após o pagamento de uma indenização não haverá a reintegração das Diárias e do Capital Segurado, sendo assim, quando o valor de indenização de um ou mais sinistros atingir as diárias e/ou o capital segurado contratado, a cobertura será automaticamente cancelada, não cabendo a evolução dos prêmios já pagos.

6. DATA DO EVENTO

Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da internação.

7. FRANQUIA

Quando houver, o período de franquia, para esta cobertura, será indicado e expressa no Bilhete, respeitando um limite máximo de 48 (quarenta e oito) horas, contado a partir do horário inicial da internação hospitalar.

8. CARÊNCIA

Quando houver, o período de carência para os eventos decorrentes de doenças, será de até 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência do seguro, e estará indicado e expresso no Bilhete de seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

O beneficiário será o próprio segurado ou seu representante legal.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, deverão ser apresentados os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo próprio segurado, ou seu representante legal;
- b) Cópias do RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do segurado;
- c) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação (na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado);
- e) Relatório Médico, carimbado e assinado pelo médico que prestou o atendimento, com descrição das lesões sofridas pela vítima e constando detalhadamente o tipo de tratamento adotado, diagnósticos necessários, comprovando o período de internação;
- f) Alta hospitalar ou declaração de internação do Hospital, em que conste o CRM do médico responsável, com informação da hora e data da entrada e da alta médica;
- g) Todos os exames médicos realizados;
- h) Cópia da CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se houver;
- i) No caso do segurado ser assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- j) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante legal.

10.2. As demais regras para análise e regulação de sinistro relacionado a esta cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados no item 17 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS das condições gerais.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas condições especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Bilhete de Seguro.

1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, as quais 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 traslado; e
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.3. As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. O valor do Capital Segurado e sua respectiva vigência serão especificados no Bilhete de Seguro.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17. (Procedimentos em caso de Sinistro) das Condições Gerais, bem como providenciar os documentos básicos descritos a seguir.

- a) Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo comunicante (não é necessário reconhecer a assinatura em cartório);
- b) Documento de identificação do Segurado, com foto, CPF e comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado for o condutor na ocasião do acidente;

- d) Autorização de pagamento de sinistro;
- e) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de cada beneficiário, sendo este o primeiro titular da conta;
- f) Certidão de Óbito;
- g) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- h) Declaração de Herdeiros informando os nomes de todos os herdeiros do Segurado, com assinatura do declarante herdeiro reconhecida em cartório por semelhança ou autenticidade;- Boletim de Ocorrência Policial (B.O.);
- i) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- j) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- k) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- l) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições do Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

