

## **Condições Gerais do Seguro de Diárias de Internação Hospitalar - Hospital Extra**

### **1. Definições**

**1.1. Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a internação hospitalar.

Incluem-se, ainda, nesse conceito de acidente pessoal, as lesões decorrentes de:

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros;
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;
- e) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- f) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) queda n'água ou afogamento.
- k) suicídio ou sua tentativa, exceto nos dois primeiros anos de contratação do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

**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 conseqüentes 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 como: Lesão por Esforços Repetitivos LER, Doenças Osteomoleculares 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 conseqüências pós - tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

**1.2. Apólice:** é o documento escrito, emitido pela Seguradora que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

**1.3. Capital Segurado:** é o valor máximo, para cada renda diária, a ser pago pela Seguradora para a garantia contratada, em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhum pagamento poderá ser superior ao capital segurado .

**1.4. Condições Gerais:** é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano, estabelecendo obrigações e direitos do Segurado, do Estipulante, da Seguradora e dos beneficiários deste seguro, bem como as características gerais do seguro.

**1.5. Doenças, Acidentes, 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.

**1.6. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do prêmio, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

**1.7. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais ou no Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

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

Não serão reconhecidas internações ocorridas em:

- a) qualquer estabelecimento que não se enquadre na definição de Hospital acima;
- b) instituições para atendimento de deficientes mentais e/ou doentes psiquiátricos, inclusive o departamento psiquiátrico de um hospital geral;
- c) clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento: para idosos, repouso, asilos e assemelhados;
- d) clínicas ou locais de acomodação e/ou tratamento para recuperação de viciados em álcool e/ou drogas;
- e) 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.

f) Home care (internação domiciliar)

**1.9. Hospitalização:** é a permanência, por período mínimo de 12 (doze) horas, em hospital em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

**1.10. Opções de plano:**

Individual: somente o segurado titular faz parte do seguro.

Casal: fazem parte do seguro o segurado titular e seu cônjuge

Familiar: fazem parte do seguro o segurado titular, seu cônjuge, filhos e enteados.

**1.11. Prêmio:** é o valor pago mensalmente pelo Segurado ao Estipulante para ter direito às coberturas do seguro.

**1.12. Proponente:** é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

**1.13. Proposta de Adesão:** é manifestação do proponente, pessoa física, de aderir a contratação coletiva.

**1.14. Renda diária:** é a importância contratada pelo segurado, dentro dos limites máximos estabelecidos pela Seguradora, correspondente a cada dia de comprovada internação.

A quantidade de diárias indenizáveis corresponde ao número de pernoites que o segurado permanecer internado. O segurado terá direito a uma diária sem que tenha havido pernoite, exclusivamente quando a internação for superior a 12 horas.

**1.15. Segurado Titular:** é o proponente incluído e aceito no seguro, responsável pela contratação individual.

**1.16. Segurado Dependente:** desde que contratado o plano correspondente, é o cônjuge e/ou filho do Segurado Titular. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o), desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro. Equipara-se a filho, o enteado ou menor considerado dependente do segurado, até 17 anos de idade, completos.

**1.17. Seguradora:** é a empresa que assume a responsabilidade quanto aos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

## 2. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo, garantir o pagamento de uma renda diária decorrente do evento hospitalização do Segurado, em consequência de doença ou acidente, **desde que não se trate de risco excluído e respeitadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais** e, se houver, do Contrato.

## 3. Garantias do Seguro

**Garantia Básica – Renda por Internação Hospitalar.**

**3.1.** Garante ao segurado o pagamento do valor correspondente a renda diária contratada, referente a cada dia de internação hospitalar decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, observados o número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, **os riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

**3.2.** Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a renda diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor básico fixado no Certificado Individual de Seguro.

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

**3.4.** A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do segurado, respeitando o limite máximo de

365 diárias, independentemente de renovação do contrato.

#### **Garantia Adicional – Auxílio Medicamento**

**3.5.** Garante ao segurado o pagamento de uma indenização, correspondente ao valor de 1 (uma) renda diária contratada para internação hospitalar, exclusivamente nos casos de internações por períodos superiores a 4 (quatro) diárias, objetivando auxiliar na compra de medicamentos eventualmente prescritos pelo médico assistente após a alta hospitalar, de evento coberto, sem necessidade de comprovação destas despesas. O Auxílio Medicamento poderá ser extensivo ao cônjuge e/ou filhos do segurado titular, de acordo com a opção de plano contratada.

#### **4. Riscos Excluídos**

Estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças, acidentes, lesões ou seqüelas preexistentes de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão, ou seja, enfermidade ou lesão, em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico ou recomendação médica antes da data de início deste seguro. Entretanto, a doença preexistente declarada na adesão estará coberta após o Segurado ter permanecido 01 (um) ano neste seguro;
- b) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do Código Civil;
- c) prática, por parte do segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à Lei, inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal, sem a utilização de equipamentos de segurança exigidos por lei (cinto de segurança, capacete etc.);
- d) ocorridos em consequência de:
  - uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
  - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião,

insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

- tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, exceto se o evento for decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
  - f) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
  - g) internações em hospital para “check-up” ou para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja evidência de doença ou acidente;
  - h) gravidez, parto, aborto e suas consequências;
  - i) caso o segurado não seja mantido sob cuidados de médicos legalmente habilitados no período da internação;
  - j) doenças congênitas ainda que conhecidas após a contratação do seguro;
  - k) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle de natalidade; tratamento para impotência sexual, bem como suas consequências;
  - l) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a eles relacionados;
  - m) tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
  - n) tratamentos, exames e cirurgias experimentais, não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento, não éticos ou ilegais, bem como suas consequências;
  - o) medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina

e Farmácia, não éticos ou ilegais;

p) casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão;

q) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies e suas consequências;

r) infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);

s) internações não ocorridas em hospital, nos termos das definições destas Condições Gerais, inclusive home care (internação domiciliar);

t) quaisquer internações por motivo de senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;

u) automutilação, lesão ou ferimentos causados intencionalmente pelo Segurado, desde que ocorridas nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;

v) dependência química;

w) cirurgia para correção de fimose

## **5. Aceitação do Segurado**

**5.1.** Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes e seus cônjuges com até 65 (sessenta e cinco) anos de idade, seus filhos e enteados com idade entre 6 (seis) meses e 17 (dezesete) anos completos, na data de início da vigência do seguro, mediante preenchimento da Proposta de Adesão, e pagamento dos prêmios respectivos.

**5.1.1.** As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados, quando da apresentação do Contrato.

**5.1.2.** Para a aceitação do seguro, o Proponente deverá estar apto à atividade profissional.

**5.2.** A aceitação do Segurado está sujeita à análise do risco.

**5.3** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Decorrido este prazo sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

**5.4** A Seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, uma única vez durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a

partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A Seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder a comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa.

**5.5.** Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente, atualizado monetariamente pelo IPCA/IBGE (índice de Preços ao Consumidor Amplo).

**5.6. O Segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.**

**5.6.1** A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze dias) após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

**5.6.2** O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Tratando-se de seguro de pagamento mensal, não haverá qualquer restituição de prêmio.

## **6. Vigência e Renovação do Seguro**

### **6.1 Vigência**

**6.1.1** A apólice, os certificados e os endossos terão seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

**6.1.2** O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do primeiro pagamento do prêmio, vencido imediatamente após a adesão ao seguro.

### **6.2 Renovação**

**6.2.1** A Apólice vigorará pelo prazo de um ano, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário,

mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**6.2.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante/Segurado, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**

## **7. Certificado Individual**

A cada segurado incluído no seguro será enviado um "Certificado Individual" pela Seguradora, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes. Deverão constar no certificado individual os seguintes itens: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, o capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

## **8. Pagamento do Prêmio**

O presente seguro será totalmente custeado pelo segurado.

O prêmio somente será considerado como pago, se o segurado efetuar pagamento entre o valor integral ou pelo menos o valor mínimo da fatura do cartão de crédito até a data de seu vencimento.

**O não recebimento da fatura do cartão de crédito até a data do seu vencimento não isenta o segurado do pagamento do prêmio e de suas consequências. Caso o segurado não receba tempestivamente a fatura do cartão de crédito, deverá comunicar até a data do seu vencimento ao Estipulante para que este determine a forma através da qual o prêmio deverá ser recolhido.**

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

O Estipulante deverá discriminar na fatura do cartão de crédito o valor do prêmio do seguro, ficando vedada a cobrança de quaisquer outros valores, seja a que título for, em razão do presente contrato de seguro.

Em caso de atraso no pagamento do prêmio, poderão incidir sobre este atualização monetária pelo Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), multa de 2% (dois por cento) e juros de 1% ao mês, contados a partir da mora.

Em caso de extinção do IPCA, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice que vier a substituí-lo.

### **8.1. Cobertura em caso de não pagamento de prêmio.**

Em caso de não pagamento do prêmio, o segurado será notificado do atraso para que regularize os pagamentos. O segurado deverá pagar as faturas em atraso para evitar o cancelamento de seu seguro, considerando o disposto no próximo item.

**Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado ao beneficiário indicado, sem prejuízo da cobrança dos prêmios em atraso.**

### **8.2 Cancelamento**

**A falta de pagamento do prêmio mensal por prazo superior a 60 (sessenta) dias implicará o cancelamento do seguro, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, sendo que o Segurado será notificado a quitar o prêmio em atraso com pelo menos 10 (dez) dias de antecedência do cancelamento.**

## **9. Reajuste dos Valores**

Os valores da renda diária e prêmios serão atualizados anualmente pelo IGPM-FGV (Índice Geral de Preços Mercado - da Fundação Getúlio Vargas), tomando-se por base a variação do índice anual acumulado até o segundo mês anterior ao da atualização. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por determinação legal. O Segurado poderá alterar a renda diária dentro da tabela de planos em vigor, solicitando por telefone ao Serviço de Atendimento a clientes do seu cartão de crédito e concordando em pagar o novo valor do prêmio. O novo valor da renda diária entrará em vigor a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do 1º pagamento do prêmio correspondente.

Na elevação da renda diária o segurado deverá declarar eventuais doenças preexistentes à solicitação do aumento,

observado o disposto no item “a” dos Riscos Excluídos.

Quando houver alteração entre as opções de plano (titular, casal e familiar) cabe aos Segurados Titulares declarar, sobre seus Dependentes, eventuais doenças preexistentes, ressaltando o exposto no item “a” dos Riscos Excluídos.

## 10. Reenquadramento do Prêmio

Quando o Segurado atingir nova faixa etária, o prêmio mensal será automaticamente reenquadrado para o custo correspondente à sua idade, de acordo com o plano contratado, conforme as seguintes tabelas:

Plano I – fazem parte deste plano os segurados que possuem somente a garantia básica.

Faixa Etária do Segurado Titular	% de acréscimo incidente sobre o prêmio vigente
Até 45 anos	-
De 46 a 55 anos	48%
De 56 a 65 anos	28%
Acima de 65 anos	38%

Plano II – fazem parte deste plano os segurados que possuem as coberturas Renda por Internação Hospitalar e Auxílio Medicamento.

Faixa Etária do Segurado Titular	% de acréscimo incidente sobre o prêmio vigente
Até 45 anos	-
De 46 a 55 anos	48%
De 56 a 65 anos	38%
De 66 a 70 anos	38%
Acima de 70 anos	10% ao ano

## 11. Procedimentos em Caso de Sinistro

### 11.1 Ocorrência do Sinistro

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à Estipulante através do Serviço de Atendimento a Clientes do Cartão de Crédito. Na comunicação, o Estipulante orientará sobre os procedimentos e documentações necessárias para liquidação do sinistro.

Considera-se data do evento para Garantia de Diária de Internação Hospitalar: a data da internação.

### 11.2 Comprovação do Sinistro

O Segurado, para recebimento da indenização, deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, através da entrega dos documentos relacionados no item “Documentos Necessários à Liquidação do Sinistro”, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do evento, sob pena de perda do direito à indenização.

As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação dos beneficiários correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

A Seguradora poderá exigir documentos médicos, atestados de autoridades administrativas relacionados à ocorrência.

As providências ou atos que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento da indenização.

## 12. Documentos Necessários à Liquidação de Sinistro

**Para análise do sinistro é imprescindível que o Segurado envie os seguintes documentos:**

- Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo médico que atende o Segurado regularmente, com especialidade e CRM;
- Formulário “Autorização de Crédito”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- Original da Declaração do Hospital, contendo data e horário da entrada e da saída, com indicação dos períodos de Enfermaria e UTI;
- Cópia do RG (carteira de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física) do segurado;
- Cópia dos resultados de exames realizados, que possibilitaram identificar o diagnóstico;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial em caso de acidente com intervenção policial e cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo;
- Cópia do comprovante de residência do segurado.

No caso de Segurado Dependente cópia do comprovante desta condição:

Cônjuge: RG (carteira de identidade, CPF (Cadastro de Pessoa Física) e Certidão de Casamento atualizada;

Companheira(o): RG (carteira de identidade, CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;

Filhos: Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade e CPF \*Cadastro de Pessoa Física);

Enteados: : RG (carteira de identidade) e CPF (Cadastro de Pessoa Física).

Cópia do comprovante de residência de cada um dos beneficiários.

**Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, o direito de solicitar outros documentos e/ou exames médicos que se façam necessários, inclusive o Prontuário Hospitalar completo.**

**Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento da indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.**

### **13. Perícia Médica / Junta Médica**

**A Renda por Internação Hospitalar deverá ser comprovada com a apresentação à Seguradora dos documentos mencionados no item “Documentos Necessários à Liquidação de Sinistro” destas Condições Gerais. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do período indicado de afastamento.**

No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade e período indicado de afastamento ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data de contestação, a constituição de uma junta médica.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora e, um terceiro, desempassador, 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.

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.

### **14. Liquidação de Sinistros**

As indenizações devidas por este seguro serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega, por parte do Segurado, de todos os documentos básicos previstos nos subitens 12.1 e 12.2. Caso a Seguradora venha a solicitar documentos adicionais, o prazo para pronunciamento será suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente aquele que forem completamente atendidas as exigências.

Com base na comunicação da internação e estando a mesma devidamente caracterizada nos termos destas Condições, a Seguradora efetuará o pagamento correspondente ao período em que o Segurado estiver internado, a contar do 1º (primeiro) dia de internação.

Quando houver falecimento do segurado, a indenização será paga ao(s) beneficiário(s) indicados. Na falta de beneficiário(s) designado(s), a indenização será paga de acordo com a Lei.

**Caso a Seguradora ultrapasse o prazo de 30 (trinta) dias, a importância devida pela Seguradora, relativa a cada garantia, será atualizada com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA/IBGE), desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.**

### **15. Cancelamento do Seguro**

**15.1. O seguro individual de cada Segurado será cancelado, quando ocorrer:**

**a) falta de pagamento do prêmio de seguro por um período superior a 60 (sessenta) dias consecutivos;**

**b) com o cancelamento do cartão de crédito, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago.**

**c) com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice contratada entre o Estipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado;**

**d) a morte do Segurado;**

**e) imediatamente se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda de Indenização” destas Condições Gerais, desde que praticadas de má-fé pelo segurado, seus prepostos e/ou beneficiários.**

**15.2. A cobertura de cada Segurado Dependente cessa quando:**

- a) cessar a cobertura do Segurado Titular;
- b) cessar a condição de cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Titular, independentemente deste fato ter sido ou não comunicado à Seguradora e de eventuais prêmios pagos;
- c) no caso de filho do Segurado Titular, quando este completar 18 (dezoito) anos de idade, seja ou não comunicada à Seguradora essa circunstância.

#### **16. Perda de Indenização**

A Seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado, seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

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.

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.

A Seguradora não fará o pagamento da indenização, ainda, se o segurado praticar qualquer dos atos abaixo:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;

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

#### **17. Outras Obrigações do Estipulante**

Além das demais obrigações previstas nestas Condições e, se houver no contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) 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;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) 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 caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- m) cumprir as determinações da SUSEP quanto à manutenção do banco de dados dos Segurados e prevenção à Lavagem de Dinheiro.



### **18. Avisos e Comunicações**

Todo e qualquer aviso ou comunicação do Segurado ou de quem suas vezes fizer, em virtude deste seguro, deverá ser feito através do Serviço de Atendimento a Clientes do Cartão de Crédito.

### **19. Disposições Gerais**

Compete ao Estipulante dar ciência aos Segurados de todos os termos deste seguro, colocando à disposição dos mesmos cópia completa de todas as Condições aplicáveis ao mesmo.

### **20. Material de Divulgação**

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Representante Legal, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as Normas do Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

### **21. Âmbito Territorial**

Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão à conta da Seguradora.

### **22. Tributo**

Todo e qualquer tributo será pago conforme legislação em vigor.

### **23. Foro**

O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

### **24. Disposições Finais**

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Os direitos decorrentes do presente seguro prescreverão nos prazos determinados em lei. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou aos beneficiários.

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.

**Seguradora:** Seguro garantido por Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. **CNPJ** 02.102.498/0001-29  
**Processo Susep n.º:** 15414.100697/2002-01

**Estipulante:** Banco Credicard S.A.  
CNPJ 34.098.442/001-34

**Corretor:** Marcep Corretagem de Seguros  
CNPJ 43.644.285/0001-06.