

Condições Gerais Hospital Extra com Sorteio

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

ÍNDICE

1. CARACTERÍSTICAS.....	3
2. OBJETIVO	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. GARANTIAS DO SEGURO E REINTEGRAÇÃO	7
5. RISCOS EXCLUIDOS	8
6. CARÊNCIA	10
7. ACEITAÇÃO DO SEGURADO	10
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
9. CERTIFICADO INDIVIDUAL	12
10. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	12
11. CAPITAL SEGURADO	14
12. REAJUSTE DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	14
13. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO	15
14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO	15
15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	16
16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	16
17. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	18
18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	19
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	20
20. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	21
21. ÂMBITO TERRITORIAL.....	22
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
23. TRIBUTO	22
24. PRESCRIÇÃO	22
25. FORO	22
26. DISPOSIÇÕES FINAIS	22

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR HOSPITAL EXTRA

1. CARACTERÍSTICAS

1.1. A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro de Renda de Eventos Aleatórios, descrito nestas Condições Gerais.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização, em caso de sua Hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal coberto, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas as demais Disposições Contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

3.1. **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 qualquer outra causa, tenha como consequência direta a internação hospitalar do Segurado.

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) suicídio ou a sua tentativa, após dois anos de contratação do Seguro Individual ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) seqüestros e suas tentativas;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, 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 por acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) doenças profissionais ou ocupacionais, mesmos quando consideradas

acidente do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) 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 Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

3.2. 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.

3.3. 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.

3.4. Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) Cláusula(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.5. Certificado Individual: é o documento destinado ao Segurado, que indica a vigência do Seguro, a(s) Garantia(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o Prêmio contratado.

3.6. Condições Gerais: é o documento que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como define as características gerais do seguro.

3.7. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades de determinada contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.8. Doenças, Acidentes, Lesões e Sequelas Preexistentes: são estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento.

3.9. 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.

3.10. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s)

Garantia(s) do seguro, ocorrido durante sua vigência, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.11. Franquia: O período de Franquia é de 12 (doze) horas a contar do horário inicial de internação hospitalar.

3.12. 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;

f) clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPAs;

g) “Home care” (internação domiciliar).

3.13. Hospitalização: é a permanência em hospital, por período mínimo de 12 (doze) horas, 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.

3.14. Limite Máximo de Diárias Indenizáveis: é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto o mesmo estiver hospitalizado por motivo de doença ou Acidente Pessoal coberto, a contar do término do período de franquia.

3.15. Prêmio: é o valor pago à Seguradora nos termos previamente ajustados como contraprestação à(s) Garantia(s) contratada(s) e informado no Certificado Individual do Seguro.

3.16. 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.

3.17. Proposta de Adesão: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Disposições Contratuais.

3.18. 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 (doze) horas.

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

3.20. 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.

3.21. Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) Garantia(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais.

4. GARANTIAS DO SEGURO E REINTEGRAÇÃO

4.1. Garantia Básica

4.1.1. Renda por Internação Hospitalar - 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, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos das Condições Gerais e disposições contratuais.**

4.1.2. Nos casos de internação hospitalar em 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.

4.1.3. 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.

4.1.4. 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 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, independentemente de renovação do contrato.

4.2. Garantia Adicional

4.2.1. Auxílio Medicamento - 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.

4.2.2. O Auxílio Medicamento poderá ser extensivo ao cônjuge e/ou filhos do segurado

titular, de acordo com a opção do plano contratado.

4.3. Reintegração do Capital Segurado

4.3.1. O Capital Segurado relativo a esta Cláusula será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.3.2. Serão considerados como mesmo evento, a transferência de um Hospital para outro, desde que não tenha ocorrido alta hospitalar.

4.3.3. 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.

5. RISCOS EXCLUIDOS

5.1. Estão também excluídos de cobertura, no presente seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, 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 de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;

d) suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:

- do início de vigência individual do seguro; ou

- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;

e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra

- causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;
- h) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - i) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
 - j) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
 - k) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
 - l) gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório, aborto e suas consequências e/ou complicações;
 - m) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
 - n) cirurgia para correção de fimose;
 - o) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
 - p) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
 - q) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
 - r) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
 - s) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora e similares;
 - t) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
 - u) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
 - v) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

6. CARÊNCIA

6.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será

contado a partir do início de vigência individual.

6.2. O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

6.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURADO

7.1. 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 de vigência do seguro, mediante Proposta de Adesão e pagamento dos prêmios respectivos.

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

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

7.2. 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.

7.3. 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.

7.4. 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).

7.5. 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.

7.5.1. 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.

7.5.2. 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.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. A vigência da Apólice, dos certificados e dos endossos terão seu início de vigência as 24:00 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.1.1. O início e término de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será as **24:00 (vinte e quatro) horas** da data estabelecida contratualmente e constará, nos Certificados Individuais do Seguro.

8.2. 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.

8.2.1. 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.

9. CERTIFICADO INDIVIDUAL

9.1. A cada segurado incluído no seguro será enviado um "Certificado Individual" pela Seguradora, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

9.1.1. Deverão constar no certificado individual os seguintes itens mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual, capital segurado de cada garantia contratada, além do prêmio total, para o Segurado Titular e para os Segurados Dependentes, quando contratados.

10. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

10.1. É da responsabilidade do Estipulante a cobrança do Prêmio Individual e da quitação nas Apólices Coletivas, nos prazos contratuais, das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.

10.1.1. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

10.2. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

10.3. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do

Prêmio de cada Segurado.

10.4. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido contratualmente.

10.5. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este, os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

10.5.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de **IPC/FIPE** (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

10.5.2. Quando a forma de pagamento de Prêmio for por meio de cartão de crédito ou débito em conta-corrente, devem ser observados os encargos estabelecidos, respectivamente, em Contrato firmado entre o titular do cartão de crédito e a administradora do cartão e entre o titular da conta-corrente e a instituição bancária, encargos estes totalmente desvinculados dos encargos do Contrato de seguro indicados no item 10.5 acima.

10.5.2.1. Nos casos de pagamento por meio de cartão de crédito em que o Segurado faça o pagamento mínimo da fatura, tal pagamento será destinado primeiramente para a liquidação do prêmio do seguro.

10.5.2.2. 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. Neste caso, deverá comunicar até a data do seu vencimento ao Estipulante para que este determine a forma através da qual o prêmio deverá ser recolhido.

10.5.2.3. O Estipulante deverá discriminar na fatura do cartão de crédito o valor do prêmio do seguro.

10.6. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes, o Estipulante será notificado para que regularize o(s) pagamento(s), no prazo máximo de 10 (dez) dias, sob pena de cancelamento da Apólice.

10.6.1. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão da(s) Garantia(s), sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos, desde que o seguro individual não tenha sido cancelado conforme previsto no subitem 10.6.2 destas Condições Gerais.

10.6.2. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela de Prêmio, o seguro individual será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

10.7. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios

custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) Garantia(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O Capital Segurado de cada Garantia deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do seguro.

11.2. Em caso de elevação do valor de renda diária, ou ainda, quando houver alteração entre as opções de plano (titular, casal e familiar, cabe ao Segurado Titular declarar eventuais doenças preexistentes de seu conhecimento à solicitação do aumento, observando dispostos no item Riscos Excluídos.

11.3. 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.

11.4. Considera-se como data do evento, para efeito deste Seguro e inclusive determinação do Capital Segurado, a data da internação.

12. REAJUSTE DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

12.1. O Capital Segurado de todos os Segurados, assim como os respectivos prêmios, serão reajustados anualmente pelo Índice Geral de Preços do Mercado (IGPM/FGV), tomando-se por base a variação do índice anual acumulado até o segundo mês.

12.1.2. Na hipótese de extinção do índice definido acima, a atualização monetária terá por base o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), ou outro índice que vier a substituí-lo.

13. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO

13.1. A Seguradora no aniversário anual da Apólice, recalculará a taxa do seguro se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiroatuarial.

13.1.1. Caso a alteração de taxa implique ônus para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

13.2. O aumento na taxa do seguro deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante.

14. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

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

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%

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

14.1.2. 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

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. No caso de ocorrência de Sinistro, deverá ser ele comunicado, por escrito, à Seguradora, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m).

15.2. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

16.1. Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

16.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

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

16.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos, relacionados a seguir, observados os itens **16.7.** e **16.7.1.** destas Condições Gerais:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico que atende o Segurado regularmente, com indicação da especialidade e CRM;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermagem e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- 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.

16.3.1. No caso de Segurado Dependente, cópia do comprovante desta condição:

- Cônjuge: RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física), comprovante de residência e Certidão de Casamento atualizada;
- Companheira(o): RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física), comprovante de residência e comprovação de união estável por ocasião da ocorrência do sinistro;
- Filhos: Certidão de Nascimento ou RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência dos Filhos;
- Enteados: RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e comprovante de residência dos enteados.

16.4. O não fornecimento da documentação solicitada acarreta a suspensão do prazo para pagamento da Indenização.

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

16.6. Independentemente dos documentos listados acima, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação,

para apurar comprovação ou não do evento.

16.7. A documentação listada não é restritiva. 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 elucidação.

16.7.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.3. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

16.8. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), 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.

16.8.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

16.8.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

16.9. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

17. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

17.1. A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

17.2. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Disposições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

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

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

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. 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.

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

18.2.1. 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 Garantia contratada.**

18.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial da Indenização:

- 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(s) Beneficiário(s) ou restringindo a Garantia contratada para riscos futuros.**

18.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

18.3. O Segurado perderá o direito à Indenização para qualquer das Cláusulas contratadas, ainda, pelas seguintes razões:

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;**
- 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.**

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

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. 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, $\frac{3}{4}$ (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.

19.2. 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, e independentemente de eventuais prêmios pagos.

20. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Disposições Contratuais, são, 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 coberto, 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 no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar o Prêmio 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;

21. ÂMBITO TERRITORIAL

21.1. Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, e os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

22.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste seguro.

23. TRIBUTO

23.1. Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

24. PRESCRIÇÃO

24.1. Qualquer direito do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

25. FORO

25.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente seguro.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

26.4. Este seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

26.5. 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.