



SEGURO SANTANDER RENDA E SAÚDE



CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP: 15414.900927/2017-11
CNPJ: 87.376.109/0001-06



Este produto não é um seguro saúde! Leia atentamente as condições contratuais, observando seus direitos e obrigações, bem como o limite do capital segurado contratado para cada cobertura.

**SEGURO DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE
CONDIÇÕES GERAIS**

Seguro Santander Renda e Saúde

Condições Gerais

Versão 2

PROCESSO SUSEP: 15414.900927/2017-11
CNPJ: 87.376.109/0001-06

SEGURO SANTANDER RENDA E SAÚDE CONDIÇÕES GERAIS

■ SUMÁRIO

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	9
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	11
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	12
7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO	12
8. VIGÊNCIA DO SEGURO	14
9. RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
10. CAPITAL SEGURADO	15
11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO	15
12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO	15
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	17
14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	18
15. JUROS DE MORA	19
16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	19
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	19
17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO	19
18. PERDA DE DIREITOS	21
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	22
20. SUB-ROGAÇÃO	23
21. TRIBUTOS	23
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	23
23. PRESCRIÇÃO	24
24. FORO	24

SEGURO SANTANDER RENDA E SAÚDE CONDIÇÕES GERAIS

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o proponente, aqui designado Estipulante, contratam o **Seguro Santander Renda e Saúde**, nas condições que se seguem.

■ 1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

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

a. incluem-se nesse conceito:

a.1. o suicídio ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; **a.2.** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto; **a.3.** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; **a.4.** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e **a.5.** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b. excluem-se desse conceito:

b.1. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; **b.2.** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; **b.3.** 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e **b.4.** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Aceitação: é a aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida para contratação de seguro.

Aditivo: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do Seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o aditivo prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Agravação de Risco: são circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independentemente ou não da vontade do Segurado e, dessa forma, indicam um aumento de taxa ou alteração das condições normais do Seguro.

Apólice de Seguro: é o documento, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante do Seguro.

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

Ato Doloso: são os danos materiais diretamente causados aos bens segurados, por qualquer pessoa ou grupo de pessoas que tenha agido contra o patrimônio de terceiros com intenção de causar prejuízo.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, limitado ao capital segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro com regular cobertura nas condições firmadas para o Seguro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, definido no certificado individual de Seguro, a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do certificado individual do Seguro ou do aumento do capital do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas, exceto as coberturas de acidente pessoal.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, da renovação do Seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio. Esse documento contém informações particulares do Seguro, coberturas contratadas, Capitais Segurados, prêmios, vigência e beneficiários.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação, disponibilizadas pela Seguradora, definidas nestas condições especiais. As coberturas contratadas e as suas particularidades constarão expressamente da proposta, da apólice e do certificado individual de seguro.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais do contrato, da apólice, do endosso, do aditivo, da proposta de adesão e do certificado individual de seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e com o Decreto-lei nº 73/1966. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Data do Evento: data da ocorrência do evento/risco coberto.

Danos Estéticos: é o dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe reduções, deformidades, deformações ou marcas estéticas no padrão de beleza, **não estando coberto, em hipótese alguma, pelo presente produto.**

Danos Morais: é a denominação dada a tudo o que traz como consequência ofensa à honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, à imagem, ao crédito, ao bem-estar e à vida, sem que necessariamente haja prejuízo econômico, **não estando coberto, em hipótese alguma, pelo presente produto.**

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de início de vigência do Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de Seguro e não declaradas na proposta de adesão ao Seguro. Caracteriza-se, ainda, pela omissão de tratamento por parte do Segurado realizado na contratação do Seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao Seguro.

Dolo: é a prática intencional de ato ou de omissão de fato que resulte em crime. É a vontade deliberada de causar dano.

E

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata apólice coletiva de Seguros, em nome dos Segurados, representando-os perante a Seguradora.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante a sua vigência e não excluído nestas Condições Gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora, em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

G

Grupo Segurado: é a totalidade de componentes do Grupo Segurável que tenha proposto o seu respectivo ingresso no Seguro e que nele tenha sido incluído após aceitação da Seguradora.

Grupo Segurável: é constituído pelas jurídicas vinculadas ao Estipulante, que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

H

Hospital: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, casa de saúde, ambulatórios, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.**

I

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

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

M

Má-Fé: é a intenção dolosa. Intenção de prejudicar ou fraudar outrem. Praticar mal que é capitulado como crime.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina, obrigatoriamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias, tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

P

Prejuízo: é a perda econômica/material decorrente dos eventos cobertos pelo Seguro.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado possa fazer jus às coberturas deste Seguro.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos; extinção das obrigações previstas no contrato de Seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é a pessoa física que, tendo interesse segurável, propõe à Seguradora a aceitação do Seguro, apresentando-lhe a proposta de Seguro devidamente preenchida e assinada.

Proposta de adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa, física ou eletronicamente (por meio de login e senha ou certificado digital ou outro meio

remoto), a intenção de aderir à contratação coletiva relativa às coberturas previstas neste Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais do mesmo.

Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar as coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais do mesmo.

R

Repartição Simples: é o regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, sendo chamado de “regime de caixa” e não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Renovação: é a continuidade da cobertura de um Seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice e certificado individual de Seguro, nos casos de apólices coletivas, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do Seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do Seguro.

Risco Coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal, que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, que não esteja expressamente indicado como risco excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à cobertura do Seguro, o qual será assumido pela Seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do Segurado, desde que previsto nas condições contratuais do Seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais do seguro que não serão cobertos pelo seguro.

S

Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, depois que a proposta de contratação do seguro for regularmente aceita pela Seguradora.

Seguradora: é a pessoa jurídica, legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, que garante os riscos especificados no contrato de Seguro, aqui a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

Sinistro: é a ocorrência de evento coberto durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: é a Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, pela normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

V

Vigência do Seguro: é o prazo de duração da apólice-mestra emitida em favor do Estipulante.

Vigência do Seguro Individual: é o prazo de duração do Seguro contratado, para cada Segurado, expresso no Certificado Individual de Seguro.

■ 2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento do Capital Segurado contratado e definido no certificado individual de Seguro, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas coberturas contratadas, durante o período de vigência deste Seguro, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do contrato de Seguro.

■ 3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas descritas a seguir não podem ser contratadas isoladamente.

3.1. Diária de Incapacidade Temporária por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de diárias, no caso de este ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente, por período temporário, de exercer a sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação de seu médico assistente, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitadas o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, conforme descrito no item 4.

3.1.1. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do Segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de relatório do médico assistente do Segurado, observados o limite máximo de diárias, o período de carência e a franquia determinados para este Seguro. A Seguradora poderá indicar perícia médica para os casos em que não houver determinação da quantidade de diárias necessárias para retorno às atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado, conforme estabelecido no item 17.2.

3.1.1.1. A indenização será calculada tomando-se como base o número de dias comprovadamente afastados de suas atividades laborais, descontada a franquia estabelecida no item 6.2.2, ou seja, a cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do Seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nestas Condições Gerais.

3.1.1.2. O Capital Segurado contratado para esta cobertura corresponde a 60 (sessenta) diárias, durante o período de vigência anual do Seguro, em um ou mais eventos ocorridos durante sua vigência, sendo o valor de uma diária obtido pela divisão do capital segurado por 45 (quarenta e cinco), considerando os dias deduzidos de franquia.

3.1.1.3. O número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto durante a vigência anual do seguro.

3.1.1.4. A reintegração do Capital Segurado relativo à cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ocorrerá quando da renovação do Seguro.

3.1.1.5. As indenizações de diária por incapacidade temporária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

3.2. Diária de Internação Hospitalar por Acidente: garante ao Segurado o pagamento de diárias, com os valores determinados na proposta de adesão e no certificado individual do Seguro, referentes à internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto, em caráter estritamente emergencial, entendendo-se como tal todas as internações que não sejam eletivas e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

3.2.1. A Internação Hospitalar poderá ser realizada em hospital de livre escolha do Segurado, desde que legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

3.2.2. A indenização será calculada tomando-se como base o número de dias de internação, descontada a franquia estabelecida no **item 6.2.1.** O Capital Segurado contratado para esta cobertura corresponde a 180 (cento e oitenta) diárias durante o período de vigência anual do Seguro, em um ou mais eventos ocorridos durante sua vigência, sendo o valor de uma diária obtido pela divisão do Capital Segurado por 180 (cento e oitenta).

3.2.3. A internação tem início com a comprovação médica da hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados as demais definições e os limites destas Condições Gerais.

■ 4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro e, portanto, a Seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência de:

- a. atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- b. atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se consequentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c. danos morais e/ou danos estéticos;
- d. de epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão público competente;
- e. doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- f. em consequência de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- g. estelionato e extorsão indireta;

- h. intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- i. lesões, acidentes, sequelas preexistentes à inclusão do Segurado no presente Seguro;
- j. LER (Lesão por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas, bem como os eventos considerados acidentários (relativos às atividades laborais).
- k. perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como das intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- l. 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;
- m. suicídio ou tentativa de suicídio, se ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro;
- n. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ionizantes;
- o. anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- p. distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- q. infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (aids) e/ou Hepatites B e/ou Hepatite C.

4.2. Além dos riscos mencionados acima, consideram-se também riscos excluídos para as coberturas de diária por incapacidade temporária por acidente e diária de internação hospitalar por acidente os especificados a seguir:

- a. Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências, exceto aqueles com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo Seguro e ocorrido durante a vigência desta garantia;
- b. estados de convalescença (após a alta médica);
- c. hospitalizações para check-up;
- d. instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- e. lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais ou, ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- f. luxações recidivantes de qualquer articulação;
- g. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h. tratamentos para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- i. tratamentos para obesidade em suas várias modalidades.

■ 5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1. Este seguro cobre os eventos ocorridos em todo o globo terrestre.

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

■ 6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. CARÊNCIA

6.1.1. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou de sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados da data de adesão ao Seguro.

6.2. FRANQUIA

6.2.1. As garantias da cobertura Diária de Internação Hospitalar por Acidente estão sujeitas à franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

6.2.1.1. A partir do segundo dia de internação, o Segurado passa a ter direito ao benefício, sendo pagas, inclusive, a diária retroativa ao período de franquia.

6.2.2. As garantias da cobertura Diária de Incapacidade Temporária por Acidente estão sujeitas à franquia de 15 (quinze) dias, ou seja, somente estão cobertas as diárias efetivadas a partir do décimo sexto dia da respectiva incapacidade temporária.

■ 7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. A contratação da apólice se formalizará após a aceitação pela Seguradora da proposta de adesão devidamente assinada pelo proponente pessoa jurídica, seu representante legal ou seu corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais do Seguro e das demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

7.3. Os proponentes individuais poderão ser incluídos no Seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, por meio físico ou por meio de login e senha, ou por certificação digital, formalizada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, bem como após a entrega de todos os documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.3.1. A Seguradora fornecerá ao proponente individual, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e a hora do recebimento da mesma.

7.3.2. Para contratação do Seguro por meio remoto é necessário que o proponente individual esteja cadastrado previamente em ambiente seguro, fornecido pela Seguradora ou pelo Estipulante, ou ainda ter certificação digital nos órgãos competentes.

7.4. Para aceitação no Seguro, o proponente deverá ser habilitado e ter idade mínima de 16 (dezesseis) anos e a idade máxima de 70 (setenta) anos completos, na data da entrega da proposta de adesão, e se encontrar em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

7.4.1. Após a aceitação do Seguro pela Seguradora, o proponente individual passará à condição de Segurado.

7.5. A partir do recebimento da proposta de adesão pela Seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a aceitação ou a recusa da proposta.

7.5.1. O simples recebimento do prêmio de seguro não implica em aceitação do Seguro por parte da Seguradora.

7.5.2. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para aceitação do Seguro. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no **item 7.5.**

7.5.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no **item 7.5.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à Seguradora.

7.5.4. A cada Segurado incluído no seguro, a cada renovação e a cada alteração no Seguro, será enviado um certificado individual de Seguro. O prazo para emissão do certificado individual de Seguro é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

7.5.5. Caso ocorra algum evento coberto durante o prazo previsto no **item 7.5.**, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização devida será paga.

7.6. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao Seguro, a Seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no **item 7.5.**, comunicar por escrito ao proponente individual, a seu representante ou a seu corretor de seguros, justificando a recusa. O Seguro estará automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, a seu representante legal ou a seu corretor de seguros no prazo previsto no **item 7.5.**

7.6.1. 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 e será restituído ao proponente individual, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente individual terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.7. Na contratação do Seguro, o proponente individual poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de adesão, desistir da sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora ou através de meio remoto disponibilizado para tal fim.

7.7.1. Nesta hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, corrigidos conforme item 14.

■ 8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. A apólice de Seguro vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e na apólice de Seguro.

8.2. Para proponentes individuais que venham a aderir ao seguro, a vigência do Seguro será de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de Seguro. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.2.1. Para as propostas de adesão recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.2. As propostas de adesão recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência do Seguro a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

■ 9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A apólice de Seguro poderá 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 15 (quinze) dias ao final da vigência da Apólice ou do Certificado Individual de Seguro, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

9.2. 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 e da Seguradora.

9.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

9.4. Durante a vigência da referida apólice, a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento sob alegação de agravamento da natureza do risco.

9.5. No caso de não renovação da apólice coletiva, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo Estipulante e pela Seguradora, até a extinção de todos os riscos individuais cobertos relativos aos prêmios já pagos.

9.6. A cada renovação será emitida uma nova Apólice de Seguro e Certificado Individual de Seguro pela Seguradora.

9.7. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Seguro.

■ 10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O Capital Segurado será estabelecido na proposta de adesão e na proposta de adesão constará da apólice de Seguro e dos certificados individuais do Seguro, obedecendo aos limites mínimo e máximo comercializados pela Seguradora.

10.2. Para efeito de determinação do Capital Segurado na liquidação dos sinistros, será considerado data do evento:

- a. para a cobertura de diária por incapacidade temporária, a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do Segurado;
- b. para a cobertura de diária de internação hospitalar por acidente, a data da internação hospitalar que constar da nota fiscal, do documento de alta hospitalar, do prontuário médico ou de declaração do hospital.

■ 11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

11.1. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do Seguro serão indicadas na proposta de adesão ao seguro e no certificado individual de Seguro.

11.2. O prêmio do Seguro poderá ser pago em parcela única ou mensal, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro, e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

11.3. O prêmio do Seguro poderá ser pago através de cartão, de débito em conta-corrente ou de outra forma de cobrança, a qual será indicada na proposta de Seguro e no certificado individual de seguro.

11.4. Se a data para o pagamento do prêmio do seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que haja expediente bancário.

11.4.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado, a seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

11.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

11.6. Nos casos de Seguro pagos de forma fracionada, as parcelas vencidas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

11.7. Este Seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

■ 12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

12.1. A falta de pagamento do prêmio do seguro não acarretará a suspensão automática das coberturas.

12.1.1. Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir do primeiro prêmio de seguro vencido e não pago, sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o Seguro será automaticamente cancelado.

12.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no item 12.1.1., com a consequente cobrança do prêmio devido.

12.2. Nos seguros contratados com fracionamento do pagamento do prêmio, na hipótese de não pagamento de uma ou mais parcelas devidas pelo segurado, a cobertura permanece válida por um prazo proporcional, considerado o prêmio efetivamente pago e aquele devido, sendo obrigatória a observância da tabela de prazo curto abaixo. O segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido, sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos do item 15.

TABELA DE PRAZO CURTO

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Nota: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

12.2.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do Seguro.

12.2.2. Na hipótese mencionada no item 12.2., a Seguradora comunicará ao segurado ou a seu representante legal, informando o novo prazo de vigência ajustado.

12.2.3. Decorrido o prazo sem que tenha sido quitada a respectiva parcela do prêmio, o Seguro, ou o endosso a ele referente, ficará automaticamente cancelado. O cancelamento do Seguro independe de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, não cabendo restituição de qualquer parcela do prêmio já pago.

12.3. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará no cancelamento do Seguro.

■ 13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. O Seguro coletivo (apólice) poderá ser cancelado nas seguintes situações:

- a. A qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b. pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas Condições Gerais e no contrato de Seguro;
- c. se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice; e
- d. ao final da vigência, se esta não for renovada.

13.2. O Seguro individual (certificado individual de Seguro) poderá ser cancelado nas seguintes condições:

- a. Por falta de pagamento, conforme item 12.1.1;
- b. com a morte do Segurado;
- c. por solicitação do Segurado, a qualquer momento;
- d. se o Segurado, o Beneficiário ou seu representante legal agir com dolo, praticar ato ilícito ou contrário à lei, cometer fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- e. se o Segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e na caracterização do risco;
- f. na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente Seguro;
- g. com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Segurado;
- h. com o cancelamento do contrato de Seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “e” e “f”, implicando perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização; e
- i. findo o prazo de vigência do Seguro, sem que o mesmo tenha sido renovado.

13.3. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELADA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELADA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Nota: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

13.4. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

13.5. Cancelado o Seguro, este somente poderá ser reabilitado mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e nova análise de aceitação por parte da Seguradora.

■ 14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

14.1. Os Capitais Segurados, os seus correspondentes prêmios e as obrigações pecuniárias do Seguro, listadas nos itens **14.1.1.** a **14.1.5.** sujeitam-se à atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

14.1.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice, publicado antes da data de exibibilidade, e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.1.2. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

14.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

14.1.4. No caso de cancelamento do contrato, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

14.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no item **17.2.1.** destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme item **10.2.**

14.2. A atualização monetária dos Capitais Segurados e de seus correspondentes prêmios será efetuada com base na variação acumulada dos últimos doze meses, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

14.3. No caso de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE).

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

■ 15. JUROS DE MORA

15.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora, pelo Estipulante e pelos Segurados, ora previstas, os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista no item 14.

15.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas Condições Gerais.

15.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

■ 16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

16.1. Para ambas as coberturas, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

16.2. Em caso de morte do Segurado, cessará o direito ao pagamento das diárias em ambas as coberturas, sendo que as diárias relativas ao período em que o Segurado permaneceu internado ou afastado de suas atividades profissionais, se elegíveis ao Seguro, serão pagas aos herdeiros legais, de acordo com a legislação vigente.

■ 17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

17.1.1. Em caso de sinistro, o Segurado ou seu representante deverá:

- a. comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora, por meio da Central de Atendimento ao Cliente, pelo site www.santander.com.br ou por outros canais disponibilizados pela Seguradora;

- b. registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos, conforme **item 17.3.**;
- c. fazer constarem da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e todos os esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

17.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.2.1. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a Seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do evento coberto, de acordo com a relação constante do **item 17.3.** Documentos para Sinistro destas Condições.

17.2.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento de documentos, informações ou esclarecimentos complementares pela Seguradora.

17.2.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 17.2.1.** implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com o **item 15.1.**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com **item 14.1.** destas Condições Gerais.

17.2.4. O evento deverá ser comprovado mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização caso o Segurado se recuse.

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

17.2.6. 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.

17.2.7. 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.

17.2.8. Para fins de indenização, a liquidação do sinistro será realizada em parcela única.

17.3. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

17.3.1. DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS CASOS DE SINISTROS

- Aviso de Sinistro preenchido na íntegra e assinado (formulário original fornecido pela Seguradora);
- Autorização para Crédito em Conta-Corrente (formulário original fornecido pela Seguradora);
- Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro);
- RG/RNE e CPF do Segurado (cópia simples);
- Comprovante de endereço (cópia simples).

17.3.2. EM CASO DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE DO SEGURADO

Laudos, com a descrição dos dias afastados das atividades laborais, e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples).

Caso o segurado seja autônomo: cópia autenticada do comprovante da atividade autônoma, podendo ser: última

declaração do Imposto de Renda ou Recibo de Pagamento de Autônomo ou Carnê Leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada ou Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

Caso o Segurado esteja em regime CLT: cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho Tempo de Serviço - CPTS: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho.

17.3.3. EM CASO DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE DO SEGURADO

- Laudos, com a descrição dos dias afastados das atividades laborais, e exames médicos pertinentes ao acidente que vitimou o Segurado (cópia simples);
- Notas Fiscais (documento original, se houver).

■ 18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

18.2. Se o Segurado, os seus Beneficiários, o seu Representante ou o seu Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

18.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado e dos seus Beneficiários, a Seguradora poderá:

18.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a. **cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;**
- b. **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou restringir a cobertura contratada.**

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

- a. **cancelar o Seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b. **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou a seu Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

18.2.1.3. 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.

18.3. 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 silenciou de má-fé.

18.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.3.2. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

■ 19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

19.2. manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, de alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas Condições Gerais.

19.3. fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de Seguro;

19.4. discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, com informações sobre o prêmio do Seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;

19.5. repassar à Seguradora o valor do prêmio recolhido dos Segurados, nos prazos determinados como data de vencimento. A ausência de repasse dos prêmios recolhidos dos Segurados à Seguradora não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere à cobertura securitária, mas implicará em responsabilidade civil para o Estipulante;

19.6. repassar aos Segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável por sua administração;

19.7. 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 caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

19.8. avisar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou a expectativa de sinistro, quando essa comunicação estiver sob a sua responsabilidade.

19.9. dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros;

19.10. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

19.11. comunicar de imediato à SUSEP quaisquer informações sobre procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;

19.12. fazer constarem da proposta de adesão o percentual e o valor da remuneração recebida da Seguradora, devendo o Segurado ser também informado sobre os valores monetários desse pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

19.13. É expressamente vedado ao Estipulante:

19.13.1. cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

19.13.2. rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

19.13.3. efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado;

19.13.4. vincular a contratação do Seguro objeto deste convênio a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

■ 20. SUB-ROGAÇÃO

20.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

■ 21. TRIBUTOS

21.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou sobre o Capital Segurado deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

21.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este Seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

■ 22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

22.2. Para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

22.3. 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.

22.4. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

22.5. Mediante a contratação do Seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em **negrito** no texto destas Condições Gerais.

22.6. Na hipótese de rescisão do contrato de Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

22.7. As Condições Gerais do Seguro estarão à disposição do proponente ou de seu representante legal previamente à contratação do seguro.

22.8. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

■ **23. PRESCRIÇÃO**

23.1. O direito do Segurado em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos na legislação em vigor.

■ **24. FORO**

24.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro entre o Segurado e a Seguradora será sempre o foro de domicílio do Segurado, conforme o caso.

24.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.