



CONDIÇÃO GERAL SEGURO DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR “HOSPITAL CASH”

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3. 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.

2. APRESENTAÇÃO

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.

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

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

Este seguro apresenta-se em uma única parte, denominada Condições Gerais.

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante;

Condições Contratuais são o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais e da Apólice.



4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência 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 a 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e



b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;

APÓLICE: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é o valor escolhido pelo segurado e definido na Apólice de Seguro, indenizável em caso de ocorrência comprovada do sinistro decorrente de evento coberto.

DOENÇA DE CARÁTER SÚBITO (Doença Súbita): é o evento mórbido (de causa não acidental) que primeiro se manifeste e seja contraído enquanto a apólice seja válida, e que requeira tratamento terapêutico por parte de um médico, durante o período de vigência da apólice e não se enquadre como doença preexistente.

DOENÇA PREEXISTENTE: é a doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão.

DOLO: é um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

EVENTO COBERTO: é o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

FRANQUIA: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento.**

GARANTIAS: são as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas condições gerais.

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, clínicas, creches, casas de



repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

INDENIZAÇÃO: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em Hospital com **duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.**

MÉDICO: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. **Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PRÊMIO: é o valor pago à seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro.

PROPONENTE: o interessado em aderir ao contrato.

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 Condições Contratuais.

SEGURADO: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADO PRINCIPAL: é o proponente efetivamente aceito pela seguradora, cujo seguro esteja em vigor, responsável pelas declarações constantes da Proposta de Adesão ao seguro.

SEGURADO DEPENDENTE: é o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, devidamente aceito no plano de seguro e incluído na apólice de seguro, e o filho, enteado ou menor considerado dependente do Segurado Principal devidamente comprovado na forma da Lei, aceito no plano de seguro e incluído na Apólice de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do segurado.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída que para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência da apólice.



VIGÊNCIA: é o período pelo qual está contratado o seguro.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

6. GARANTIAS DO SEGURO

6.1. Este seguro oferece uma única garantia de Diária por Internação Hospitalar – DIH.

6.2. Em caso de internação do segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a indenização da Diária por Internação Hospitalar corresponderá a 200% do valor da Diária contratada e definida na Apólice de Seguro.

6.3. O seguro contratado poderá incluir cobertura para o cônjuge e/ou companheiro(a) do proponente, de forma facultativa, que deverá ser contratada expressamente pelo Segurado Principal. **Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do Segurado Principal deve ser devidamente reconhecido na forma da Lei.**

6.4. O seguro contratado poderá incluir cobertura para o filho ou enteado, desde que seja menor e considerado dependente do proponente, devidamente comprovado na forma da Lei. Essa contratação só poderá ser feita com a inclusão de todos os filhos do Segurado Principal enquadrados como Segurado Dependente na definição destas Condições Gerais.

6.5. O QUE ESTÁ COBERTO

6.5.1. DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Esta cobertura garante ao segurado o pagamento do valor contratado e definido na Apólice de Seguro para esta garantia, por dia de Internação Hospitalar, **causada exclusivamente por doença súbita ou acidente pessoal** cobertos e ocorridos exclusivamente no período de vigência do seguro, observado o período de franquia e as condições deste seguro.

Em caso de internação do segurado em UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a indenização da Diária por Internação Hospitalar corresponderá a 200% do valor da Diária contratada e definida na Apólice de Seguro. Para estar elegível a esta cobertura, a internação em U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva) deverá ser considerada necessária sob o ponto de vista médico e pelo médico assistente.

A indenização que o segurado terá direito corresponderá ao máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, em um ou mais eventos ocorridos durante a vigência do seguro.



A internação tem início com a comprovação médica de hospitalização e termina com a verificação de alta do paciente, observados os limites estabelecidos no contrato do seguro.

7. RISCOS EXCLUÍDOS:

7.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) condição preexistente de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta, que contribua direta ou indiretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Gerais;**
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;**
- f) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;**
- g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**



- j) não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais e o contrato do presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**
- k) intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, choque anafilático e suas conseqüências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- l) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;**
- n) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no item 4 destas Condições Gerais;**
- o) parto ou aborto, tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;**
- p) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
- q) direta ou indireta de quaisquer perturbações, intoxicações alimentares de qualquer espécie, doenças psiquiátricas e mentais conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou substâncias tóxicas ou perigosas, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, salvo quando essas substâncias tiverem sido prescritas por um profissional médico habilitado e consumidas de acordo com tal prescrição;**
- r) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- s) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- t) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- u) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- v) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**



- w) **lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas conseqüentes;**
- x) **doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;**
- y) **ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);**
- z) **doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.**

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura é válida para internação hospitalar em território brasileiro, a doença súbita ou o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. CARÊNCIA: Não haverá carência para a internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto. Para a internação hospitalar decorrente de doença súbita haverá carência de 60 (sessenta) dias.

9.2. FRANQUIA: Não haverá franquia para a cobertura deste seguro.

10. CONTRATAÇÃO

10.1. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta do seguro, bem como pelo Segurado Principal na Proposta de Adesão. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

10.2. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

- a) **As idades-limite para contratação deste seguro são de no mínimo 14 (catorze) e no máximo 64 (sessenta e quatro) anos completos, para o Segurado Principal e o cônjuge ou companheira(o);**



- b) As idades-limite para contratação inclusão de filhos neste seguro são de no mínimo 06 (seis) meses e no máximo 23 (vinte e três) anos completos;
- c) estar em plena atividade profissional e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

10.3. O proponente deverá indicar o cônjuge ou companheiro(a), e o(s) filho(s), os quais serão cobertos pelo seguro mediante o atendimento das condições de inclusão constantes destas Condições Gerais.

10.4. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado.

10.5. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o proponente deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

10.6. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais.

11. ACEITAÇÃO DO SEGURO

11.1. A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

11.2. Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

11.3. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item 11.1, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

11.4. Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao proponente ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, 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.

11.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

11.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão de seguro, caracteriza a ciência, aceitação e concordância, pelo segurado, das Condições Gerais deste seguro.

12. VIGÊNCIA

12.1. A vigência do seguro é de 1 (um) ano.

12.2. O início e o término de vigência serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice.

12.3. O início da vigência da Apólice deste seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Contratação, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio, ou em outro dia se solicitado expressamente pelo proponente.

13. RENOVAÇÃO

13.1. A Apólice do seguro poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, caso não haja expressa desistência do segurado ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do segurado.

13.2. No final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, a cobertura do segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

13.3. Na renovação será emitida pela seguradora uma nova Apólice, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

13.4. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial do seguro, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada na data da renovação da Apólice.

13.5. 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 da Apólice.



13.6. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao proponente mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O capital segurado contratado para cada garantia constará na Apólice do seguro e é o valor que corresponde à importância máxima a ser paga pela seguradora, na ocorrência de evento coberto pela Apólice, e será expresso em moeda corrente nacional.

14.2. Para aumentar o valor do Capital Segurado, o segurado deverá contratar um novo seguro com fiel observância de todos os pré-requisitos da contratação e da aceitação, previstos nestas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro atual, por ser considerado um novo risco adicional.

14.3. A soma dos capitais segurados de uma mesma garantia, e referente ao mesmo Segurado, não poderá ultrapassar o limite técnico de aceitação da seguradora ou o limite máximo para a sua faixa etária, na data da contratação.

14.4. O Capital Segurado de cada garantia poderá ser escolhido livremente, observando-se os limites mínimos e máximos para contratação definidos por garantia contratada, informados no ato da contratação.

15. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

15.1. Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nestas condições gerais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, na renovação da apólice de Seguro, com base na variação acumulada do índice IPCA/IBGE.

15.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo IPCA/IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO

16.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro será estabelecida no ato da contratação.

16.2. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas, corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento no 1º (primeiro) dia útil após tal data, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.



16.3. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 60º (sexagésimo) dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

16.4. Decorrido o prazo definido conforme o item 16.3, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse da segurada, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

16.5. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

16.6. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

16.7. O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

16.8. De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. A cobertura da Apólice termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- c) por falta de pagamento do prêmio, conforme o item 16.4 destas condições gerais;



d) quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro, considerando que:

I – para seguros com pagamento de prêmio parcelado, haverá devolução da parcela paga, quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após esta data, o segurado deverá solicitar o cancelamento até 30 (trinta) dias antes da próxima data de vencimento, para suspender as próximas cobranças;

II – para seguros com pagamento de prêmio integral à vista, haverá devolução do prêmio pago quando solicitado em até 30 (trinta) dias corridos da emissão da apólice. Após essa data, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”, e o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;

III – o segurado receberá correspondência confirmando o cancelamento.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, pelo beneficiário ou seu representante, conforme especificado na apólice.

18.2. Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos:

a) Do segurado:

- RG;
- CPF;
- Certidão de Nascimento ou Casamento;
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou no Imposto de Renda ou junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
 - I - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de



ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- II - Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

19.2. Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda nacional.

19.3. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros a data da internação hospitalar.

19.4. O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos no item 18.2 destas Condições Gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

19.5. Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

19.6. Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

19.7. No caso de segurados menores de idade, a indenização será paga conforme a seguir:

- a) Filho ou beneficiário com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos será devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- b) Filho ou beneficiário com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos será devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou



impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

19.8. Em caso de ocorrência de internação hospitalar, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo evento coberto, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 25.1 destas condições gerais.

20. JUNTA MÉDICA

20.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da internação hospitalar relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

20.2. 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.

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

20.4. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. Em todas as notificações de internação hospitalar do segurado poderão ser realizadas perícias médicas comprobatórias do enquadramento do evento e do número de dias de internação hospitalar.

21.2. O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

21.3. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21.4. Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.



22. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

22.2. As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22.3. No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a seguradora utilizará o índice IGPM-FGV ou o índice que vier a substituí-lo.

22.4. Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) **deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;**
- b) **agravar intencionalmente o risco segurado;**
- c) **por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e aos seus representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;**
- d) **fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:**
 - I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.**
 - II – na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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 permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível;

e) o sinistro decorrer de dolo, ato ilícito, má-fé, fraude e/ou simulação do segurado.

23.2. O segurado é 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.

A seguradora, desde que o faça 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.

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

Na hipótese de continuidade do seguro, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

24. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

24.1. Beneficiários em caso de Diária por Internação Hospitalar

O beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito aos beneficiários indicados por lei:

a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;

b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei;

c) Na falta do cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;



d) Na falta de cônjuge, companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei, e herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

25. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

25.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo segurado, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.

25.2. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nestas condições gerais, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

26. COMUNICAÇÕES

26.1. As comunicações do segurado somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado.

27. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. OUVIDORIA

Com intuito de ampliar os canais de comunicação e estreitar o relacionamento com o nosso cliente, desde 20 de maio divulgamos alguns canais exclusivos para a Ouvidoria AIG.

A Ouvidoria é um componente organizacional da empresa voltado para ser um interlocutor entre os consumidores e a AIG. O canal atende as manifestações dos clientes, registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A informação sobre os novos canais foram divulgadas no site da empresa.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Telefone: 0800 724 0219

E-mail: ouvidoria@aig.com



29. FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

28.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 28.1.