

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO RENDA HOSPITALAR

previsul
SEGUROADORA

SUMÁRIO

1 Objetivo do Seguro	3
2 Definições	3
3 Garantia do Seguro.....	7
4 Riscos Excluídos	8
5 Âmbito Geográfico da Cobertura	10
6 Carência	11
7 Franquia	11
8 Contratação do Seguro.....	11
9 Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro.....	12
10 Vigência e Renovação do Seguro.....	13
11 Pagamento do Prêmio.....	14
12 Atualização da(s) Diária(s) Segurada(s) e Prêmio(s).....	15
13 Reenquadramento Tarifário do Prêmio.....	15
14 Data do Evento.....	16
15 Beneficiário(s).....	16
16 Comunicação e Liquidação de Sinistros.....	17
17 Perda do Direito à Indenização.....	19
18 Cancelamento do Seguro.....	20
19 Cessaçã o da Cobertura Individual.....	21
20 Excedente Técnico.....	21
21 Obrigações do Estipulante.....	23
22 Regime Financeiro.....	23
23 Material de Divulgação.....	24
24 Mora.....	24
25 Foro.....	25

1 OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado para cada dia de internação hospitalar do mesmo, por motivo de doença ou acidente pessoal, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

2 DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a internação hospitalar do Segurado, observando-se que:

2.1.1 **Incluem-se nesse conceito:**

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

2.1.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

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

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

2.3 Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.4 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato do Seguro Coletivo.

2.5 Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

2.6 Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, **durante o qual o Segurado não terá direito à garantia contratual**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

2.7 Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor da Diária Segurada e o prêmio total do Seguro.

2.8 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena): é a intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se um "by-pass" artério-coronário.

2.9 Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado individual.

2.10 Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.

2.11 Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.12 Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

2.13 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário integrante da Proposta de Adesão, **que deverá ser respondido pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

2.14 **Diária Segurada:** é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para a garantia.

2.15 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessário a sua internação hospitalar, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

2.16 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão.

2.17 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.

2.18 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro, sendo, para fins deste Seguro, a internação hospitalar.

2.19 **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período

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

2.21 **Franquia:** é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada garantia do Seguro.

2.22 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.23 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

2.24 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.25 **Hospital/Clínica:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.26 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente a(s) Diária(s) Segurada(s), quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.27 **Internação Hospitalar:** para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.28 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

2.29 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

2.30 **Neoplasia Maligna (Câncer):** doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas e a invasão e destruição do tecido normal.

2.31 **Neoplasia Maligna "IN SITU":** é o tumor maligno que se restringe ao epitélio onde se originou, não invadindo o estroma e conseqüentemente os tecidos adjacentes. É o tumor maligno diagnosticado em fase inicial, pré-invasivo, com bom prognóstico se removido totalmente.

2.32 **Prêmio:** é o valor que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assumira a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).

2.33 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

2.34 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, **especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.**

2.35 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a Contratuais.

2.36 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.

2.37 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.38 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.39 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.40 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

2.41 **Unidade de Terapia Intensiva (U.T.I.):** é a área especializada dentro da estrutura hospitalar, que reúne equipamentos de alta complexidade tecnológica aliada à equipe multidisciplinar especializada para a realização de tratamentos em terapia intensiva. Os cuidados ministrados aos pacientes deverão compreender:

a) cuidados para estabilizar os sistemas fisiológicos principais para a manutenção da vida; e

b) cuidados que não possam ser executados em outras unidades do hospital devido a técnicas próprias de U.T.I.

2.42 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.43 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 As garantias do Seguro dividem-se em básica e adicionais, **sendo que a garantia básica é de contratação obrigatória.**

3.2 Garantia Básica:

3.2.1 Diárias por Internação Hospitalar (DIH): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7 destas.**

3.3 Garantias Adicionais:

3.3.1 Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo em U.T.I. (Unidade de Terapia Intensiva), em consequência de doença ou de acidente pessoal. **Esta garantia adicional está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de carência previsto no item 6 destas.**

3.3.2 Diárias por Internação decorrente de Doenças Graves (DIDG): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de Neoplasia Maligna (Câncer), Acidente Vascular Cerebral (AVC), Infarto do Miocárdio e Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena). **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitadas as definições das doenças, suas respectivas exclusões, bem como os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7 destas.**

3.3.3 Diárias por Internação no Exterior (DIEX): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo efetuada no exterior, em consequência de doença ou acidente pessoal. **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7 destas.**

3.3.4 Diárias por Convalescença (DCON): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. A presente garantia adicional tem por objetivo complementar a Diária Segurada devida pela garantia básica do Seguro, estando relacionada com a mesma e com o evento que originou a internação do Segurado. **O valor a ser indenizado corresponderá, após a alta hospitalar, a 50% (cinquenta por cento) do valor indenizado pela garantia básica de Diárias por Internação Hospitalar (DIH).**

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

4.1.1 de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão, inclusive aquelas cobertas pela garantia adicional de Diárias por Internação decorrente de Doenças Graves (DIDG);

4.1.2 de ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

4.1.3 do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

4.1.4 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

4.1.5 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.1.6 de atos terroristas;

4.1.7 do suicídio ou tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

4.1.8 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

4.1.9 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente; e

4.1.10 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada.

4.2 Estão expressamente excluídas das garantias do Seguro, mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

4.2.1 ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

4.2.2 cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

4.2.3 tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

4.2.4 diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

4.2.5 tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

4.2.6 tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

4.2.7 qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

4.2.8 tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

4.2.9 tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

4.2.10 tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

4.2.11 tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;

4.2.12 tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.2.13 tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

4.2.14 internação domiciliar;

4.2.15 procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e

4.2.16 investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

4.3 Estão expressamente excluídas das garantias do Seguro, desde que não resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

4.3.1 qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências; e

4.3.2 tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências.

4.4 Estão expressamente excluídas da garantia adicional de Diária por Internação decorrente de Doenças Graves (DIDG):

4.4.1 qualquer classe de Neoplasia Maligna (Câncer) sem invasão ou "INSITU" (incluindo displasia cervical), assim como o Câncer de pele, exceto melanoma de invasão;

4.4.2 os ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;

4.4.3 a angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).

4.5 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier 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.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As garantias do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6 CARÊNCIA

6.1 As garantias deste Seguro estão sujeitas à carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.1.1 As internações hospitalares verificadas durante o período de carência não serão cobertas pelo Seguro.

6.2 A carência não será aplicada aos eventos decorrentes de acidente pessoal ocorridos a partir do início de vigência da cobertura individual.

7 FRANQUIA

7.1 As garantias deste Seguro estão sujeitas à franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

7.2 A franquia não será aplicada na garantia adicional de Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI).

8 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

8.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.

8.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.

8.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.

8.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência,

do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:

9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável;

ou

9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

9.2.2 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.

9.3 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

9.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.

9.5 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.5.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.5.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.6 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.

9.7 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.5 destas será suspenso, voltando a correr a

a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.8 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

9.9 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

9.10 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

9.11 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.

10 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.

10.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

10.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.1.3 O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.

10.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

10.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

10.2.2 A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

10.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus ou dever para os segurados, dependerá de anuidade de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, exceto para as modificações decorrentes do reenquadramento tarifário do prêmio mensal já previsto contratualmente no item 13.

10.4 **O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.**

10.5 Será enviado novo Certificado Individual aos segurados em cada uma das renovações do Seguro.

11 PAGAMENTO DO PRÊMIO

11.1 O custeio do Seguro poderá ser:

11.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

ou

11.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

11.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

11.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.**

11.4 **É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.** Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. **É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**

11.5 **Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.**

11.6 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 11.8, no primeiro dia útil subsequente.

11.7 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

11.8 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).

11.8.1 Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 18.1.

11.9 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

12 ATUALIZAÇÃO DA(S) DIÁRIA(S) SEGURADA(S) E PRÊMIO(S)

12.1 A(s) diária(s) segurada(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

12.2 Na eventualidade de ser extinto o Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

12.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente a(s) sua(s) diária(s) segurada(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

12.4 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

13 REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO DO PRÊMIO

13.1 Constará na Proposta de Adesão do Seguro o prêmio estabelecido para o início de vigência do mesmo, considerada a idade do Segurado e a(s) garantia(s) contratada(s).

13.2 As faixas etárias deste Seguro são as seguintes:

- 1ª Faixa até 34 anos;
- 2ª Faixa De 35 a 39 anos;
- 3ª Faixa De 40 a 44 anos;
- 4ª Faixa De 45 a 49 anos;

5ª Faixa	De 50 a 54 anos;
6ª Faixa	De 55 a 59 anos;
7ª Faixa	De 60 a 64 anos.

13.3 Durante a vigência do Seguro, ocorrendo alteração na idade do Segurado que signifique deslocamento entre faixas etárias, o prêmio vigente terá um acréscimo acima da variação anual de valores prevista no item 12 destas, conforme a seguir:

Deslocamento da 1ª para a 2ª Faixa	25,00% de acréscimo;
Deslocamento da 2ª para a 3ª Faixa	16,80% de acréscimo;
Deslocamento da 3ª para a 4ª Faixa	16,43% de acréscimo;
Deslocamento da 4ª para a 5ª Faixa	13,53% de acréscimo;
Deslocamento da 5ª para a 6ª Faixa	15,02% de acréscimo;
Deslocamento da 6ª para a 7ª Faixa	16,22% de acréscimo.

13.4 A partir dos 65 (sessenta e cinco) anos, a cada período anual de vigência, os prêmios mensais terão um acréscimo de 10% (dez por cento) acima da variação anual de valores prevista no item 12 destas.

14 DATA DO EVENTO

14.1 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da Diária Segurada a ser indenizada:

14.1.1 na garantia básica de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), a data da Internação Hospitalar;

14.1.2 na garantia adicional de Diárias por Internação em U.T.I. (DUTI), a data da Internação Hospitalar na respectiva Unidade de Terapia Intensiva;

14.1.3 na garantia adicional de Diárias por Internação decorrente de Doenças Graves (DIDG), a data da Internação Hospitalar motivada por uma das Doenças Graves definidas nestas Condições Gerais;

14.1.4 na garantia adicional de Diárias por Internação no Exterior (DIEX), a data da Internação Hospitalar no exterior; e

14.1.5 na garantia adicional de Diárias por Convalescença (DCON), a mesma data definida no subitem 14.1.1 destas.

15 BENEFICIÁRIO(S)

15.1 O Beneficiário do Seguro será o próprio Segurado.

15.2 Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

15.2.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

15.2.2 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

a) Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

16 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 16.3.

16.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 16.3 destas Condições Gerais.

16.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

16.3 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

16.3.1 Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);

16.3.2 Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

16.3.3 Documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;

16.3.4 Exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;

16.3.5 Cópia do comprovante de Residência do Segurado;

16.3.6 formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

16.4 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o(s) valor(es) da(s) diária(s) será(ão) pago(s) deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 11.8.

16.5 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.6 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s), para cada diária de internação, será igual ao valor da Diária Segurada vigente na data do evento.

16.6.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 16.2, deverá ser observado o disposto no item 24.1.

16.6.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 16.2 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

16.6.3 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 Contrato.

16.7 As indenizações decorrentes das garantias serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

16.8 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

16.8.1 Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

16.9 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a causa, a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

16.6.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 16.2 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

16.6.3 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 Contrato.

16.7 As indenizações decorrentes das garantias serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

16.8 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

16.8.1 Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

16.9 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a causa, a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

16.9.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatedor, será paga por ambos, em partes iguais.

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

16.10 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

17 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

17.1.1 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;**

17.1.2 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;**

17.1.3 **inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;**

17.1.4 **fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou**

17.1.5 **se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.**

17.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 17.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

17.2.1 na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

17.2.2 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento da(s) Diária(s) Segurada(s), 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.

17.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

17.3.1 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.

17.3.2 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.

17.4 Nulo será o Contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

17.5 As garantias previstas pelo Seguro estão sujeitas aos prazos de carência e franquia estabelecidos nos itens 6 e 7 destas.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio mensal não pago.

18.1.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

18.1.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

18.2 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

18.3 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

18.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

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

19 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

19.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

19.2.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

19.3 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

19.3.1 com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou

19.3.2 quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

20 EXCEDENTE TÉCNICO

20.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

20.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a.1) **prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e**

a.2) **estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

b.1) **comissões de corretagem pagas durante o período;**

b.2) **comissões de administração pagas durante o período;**

b.3) **valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;**

b.4) **saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e**

b.5) **despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.**

c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

c.1) **o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;**

c.2) **o aviso à seguradora, para sinistros;**

c.3) **a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e**

c.4) **as datas em que incorreram, para as despesas de administração.**

20.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 20.4.

20.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

20.4 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

20.5 Nos seguros, contributários ou parcialmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

21 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Constituem obrigações do Estipulante:

21.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

21.1.2 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

21.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

21.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

21.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

21.1.6 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

21.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

21.1.8 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

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

21.1.10 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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

21.1.11 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado; e

21.1.12 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

21.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

22 REGIME FINANCEIRO

22.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.

23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

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

24 MORA

24.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 16.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

24.1.1 Em caso de devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.

24.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização da(s) Diária(s) Segurada(s) pela variação positiva do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

24.2.1 Na eventualidade de ser extinto o Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

25 FORO

25.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.