



CARDIF

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 90

Seguro de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente



CARDIF

ÍNDICE:

1.	OBJETIVO.....	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	COBERTURA DO SEGURO.....	5
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	5
5.	BENEFICIÁRIO.....	7
6.	FRANQUIA.....	7
7.	CAPITAL SEGURADO.....	7
8.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	7
9.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	8
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	8
11.	PRÊMIO DE SEGURO.....	9
12.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO.....	9
13.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	10
14.	RESCISÃO CONTRATUAL.....	10
15.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	10
16.	PAGAMENTO DE SINISTROS.....	11
17.	PERDA DE DIREITOS.....	11
18.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO.....	12
19.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	12
20.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	12
21.	SUB-ROGAÇÃO.....	12
22.	FORO.....	12
23.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	13



CARDIF

1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do benefício diário fixo, para cada evento, referente a cada dia de hospitalização do Segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal** coberto e previsto por este seguro.

2. DEFINIÇÕES

a) **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 consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

b) **Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente ou pelo Estipulante.

c) **Beneficiário(s):** O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado, ou seu representante legal.

d) **Benefício:** Importância estabelecida para cada diária de hospitalização, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

e) **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto.

f) **Certificado de Seguro:** Documento entregue a cada Segurado, emitido pela Seguradora, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.



CARDIF

- g) **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e de seu representante legal.
- h) **Corretor de Seguros:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para intermediar e promover contratos de Seguros entre o Segurado e a Seguradora.
- i) **Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- j) **Evento Coberto:** Todo o conjunto de ocorrência e/ou serviços de assistência médica hospitalar, verificados após o início da cobertura, que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do Segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto. O evento se inicia com a comprovação da hospitalização e termina com a alta concedida ao Segurado, observados os limites estabelecidos neste seguro.
- k) **Franquia:** Período ininterrupto de horas ou dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado no Certificado de Seguro, no qual o Segurado não terá direito ao recebimento da indenização durante este período.
- l) **Indenização:** Valor que a Seguradora paga ao Segurado ou a seu representante legal em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- m) **Início de Vigência:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- n) **Instituição Hospitalar:** Qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos clínicos e/ou cirúrgicos a pessoas que deles necessitem.
- o) **Período de Cobertura:** Aquele durante o qual o Segurado fará jus ao Capital Segurado contratado.
- p) **Prêmio:** Preço do seguro, ou seja, é a importância paga pelo Segurado à Seguradora em decorrência da contratação do seguro.
- q) **Proponente:** Pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de Segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- r) **Proposta de Seguro:** 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- s) **Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo seguro.
- t) **Segurado:** Pessoa física que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas no Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.
- u) **Seguradora:** Sociedade que, mediante recebimento do prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.



CARDIF

- v) **Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.
- w) **Unidade de Terapia Intensiva (UTI):** São as unidades hospitalares onde as internações obedecem às resoluções específicas do Ministério e/ou Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde.

3. COBERTURA DO SEGURO

- 3.1. Esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de um valor diário fixo, referente a cada dia de internação hospitalar, em Instituição Hospitalar coberta, desde que esta hospitalização seja decorrente **exclusivamente de acidente pessoal coberto**, respeitados os demais itens destas condições.
- 3.2. A cobertura inicia-se no 1º (primeiro) dia da caracterização do evento hospitalização e termina no dia da alta médica hospitalar do Segurado, respeitando o limite máximo de indenização.
 - 3.2.1. Caracteriza-se como evento hospitalização a internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de **12 (doze)** horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos **1 (uma)** diária hospitalar.
- 3.3. O limite máximo de indenização sob este seguro será de até **365 (trezentas e sessenta e cinco)** diárias por evento, definido no Certificado de Seguro, sendo que nas reinternações, as diárias serão cumulativas para este efeito.
 - 3.3.1. Considera-se reinternação a internação que se inicia no período de vigência deste seguro, respeitado o limite máximo de indenização, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com o mesmo evento, e para a qual já se tenha pago indenização por este seguro.
- 3.4. As internações resultantes de um mesmo evento, mas que estejam separadas entre si por período igual ou superior a 12 (doze) meses não serão consideradas como uma mesma internação.
- 3.5. Para as internações que comprovadamente ocorrerem em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), o pagamento do valor diário fixo poderá ser pago em dobro, durante o período da internação.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos deste seguro os eventos ocorridos em consequência 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) **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 dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;**
- d) **Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte;**
- e) **Lesão intencionalmente auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do Certificado de Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- f) **Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**



CARDIF

- g) Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- h) Acidentes e lesões provocadas pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;
- i) Epidemias e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- j) Incapacidades, acidentes, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração do seguro, para as 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 degenerantes dela conseqüentes;
- k) Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- l) Gravidez, parto ou aborto, e suas conseqüências;
- m) Hospitalização para a realização de exames de rotina, check-ups, investigação diagnóstica ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal;
- n) Hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- o) Tratamento para esterilização, fertilização, mudança de sexo, de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora, tratamento estético, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- p) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- r) Períodos de convalescença enquanto o Segurado estiver sob cuidados médicos fora de Instituição Hospitalar, ainda que o mesmo seja assistido em tempo integral por equipe médica;
- s) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- t) Tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- u) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- v) Distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia, stress, independentemente de suas causas, inclusive depressão.

4.2. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em Instituições não cobertas do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituições para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades, ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- c) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento, rejuvenescimento ou SPA;
- d) Home Care (internação domiciliar).



CARDIF

5. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário deste seguro é o próprio Segurado ou seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

6. FRANQUIA

6.1. O limite mínimo estabelecido será de uma internação em uma Instituição Hospitalar coberta, pelo período mínimo de 12 (doze) horas, devidamente comprovada para fins legais com registro de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.

6.2. O limite máximo a ser estabelecido no Certificado de Seguro será de até 240 (duzentas e quarenta) horas.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado poderá ser escolhido pelo Proponente, conforme as opções vigentes na data da contratação deste seguro e estabelecidas na Proposta de Seguro, e representará o valor a ser pago por cada diária de internação hospitalar.

7.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do sinistro.

7.2.1. A data da ocorrência do sinistro para a cobertura do seguro será a data da comprovação médica da internação hospitalar.

7.3. O valor do Capital Segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado.

7.4. O Capital Segurado não poderá ultrapassar o máximo de 1/365 do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

7.5. Caso o Segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados referentes ao mesmo Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Contratual Máximo da Seguradora.

7.6. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

8.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

8.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGP-M/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

8.3. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.



CARDIF

9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

- 9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento.
- 9.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 9.4. **No caso de não-aceitação da Proposta de Seguro no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito ao Proponente, justificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.**
- 9.5. **Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 10.1. O início e término de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado de Seguro.
- 10.2. O prazo de vigência deste seguro será estabelecido no Certificado de Seguro, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.
 - 10.2.1. A renovação automática não se aplica aos segurados que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência do seguro.
 - 10.2.2. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa e o Segurado receberá novo Certificado de Seguro a cada renovação.
- 10.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.
- 10.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Certificado de Seguro.
- 10.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
- 10.6. **Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.**



CARDIF

11. PRÊMIO DE SEGURO

- 11.1. O prêmio de seguro será definido no Certificado de Seguro, conforme a opção de plano.
- 11.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Certificado de Seguro.
- 11.3. Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo Segurado.
- 11.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

- 12.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual.
 - 12.1.1. A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.
 - 12.1.2. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.
- 12.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.
- 12.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 12.4. **Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio à cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.**
 - 12.4.1. **No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.**
 - 12.4.2. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.
 - 12.4.3. **O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.**
- 12.5. Entretanto, observado o disposto no item 12.4, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito a cominações legais.
- 12.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio de seguro de cada Segurado.



CARDIF

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

13.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa:

13.1.1. Automaticamente, quando do término do período de vigência do Certificado de Seguro, se este não for renovado;

13.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, quando houver;

13.1.3. Quando o Segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da Apólice;

13.1.4. Quando o Segurado deixar de pagar o prêmio do seguro por período superior a 90 (noventa) dias;

13.1.5. A qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento, sem direito à devolução de prêmios pagos;

13.1.6. Com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da Apólice mantida entre Estipulante e a Seguradora, observado o subitem 14.1 das Condições Gerais;

13.1.7. Na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro.

13.2. Na hipótese do Segurado ou seu representante legal agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

13.3. Fica facultado ao Segurado solicitar por escrito à Seguradora o cancelamento da Apólice dentro dos 30 (trinta) primeiros dias de vigência, sendo lhe ainda devolvido o valor do prêmio eventualmente pago.

14. RESCISÃO CONTRATUAL

14.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

14.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

15.1. Quando ocorrer um sinistro, o Segurado ou seu representante legal, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do Segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados:

- a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;
- b) Documento que comprove a hospitalização do Segurado (Declaração do Hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela Instituição Hospitalar;
- d) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da Internação Hospitalar;



CARDIF

- e) Cópia simples do Boletim de Ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação;
- g) Cópia simples da carteira de habilitação caso o Segurado tenha sido o condutor do veículo.
- a) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

15.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

15.3. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado.

15.3.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

16. PAGAMENTO DE SINISTROS

16.1. O prazo máximo para pagamento das indenizações será de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos básicos, que comprovem a ocorrência de sinistro coberto pela apólice e os prejuízos indenizáveis.

16.2. Caso haja solicitação de nova documentação, o prazo para liquidação do sinistro será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele que forem completamente atendidas as exigências.

16.3. Quando o pagamento da indenização não for efetuado dentro do prazo estabelecido no item 16.1, o valor será atualizado pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento da indenização.

16.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro:
 - a.1) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - a.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
 - b.1) 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



CARDIF

- b.2) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.
- 17.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
- 17.2.1. A Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 17.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**
- 17.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):**
- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) Agravamento intencional do risco objeto do contrato.
- 18. PRAZO DE PRESCRIÇÃO**
Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.
- 19. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**
A cobertura deste seguro abrange eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**
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 presentes Condições Gerais da Apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.
- 21. SUB-ROGAÇÃO**
A Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do seu representante legal contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.
- 22. FORO**
As questões judiciais, entre o Segurado ou seu representante legal e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, conforme o caso.



CARDIF

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro e da presente Apólice.

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

23.3. 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.