

CONDIÇÕES GERAIS DE SEGURO - PROTEÇÃO FAMILIAR

SEGURADORA: UNIMED SEGURADORA S.A., registrada na SUSEP sob o número 694-7, sediada na Al. Ministro Rocha Azevedo, 346 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP 01410-000.

ESTIPULANTE: UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, com sede na Avenida Francisco Sales, nº 1.483, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.513.178/0001-76, por seus representantes legais no final assinados.

CONTRATANTE/SEGURADO/SEGURADO: Pessoa natural identificada no **TERMO DE ADESÃO E NA PROPOSTA DE ADMISSÃO DO PLANO DE SAÚDE**.

O signatário da Proposta de Admissão e do Termo de Adesão recebem o presente, que contém as **Condições Seguro - Proteção Familiar**:

1. O **ESTIPULANTE** na melhor forma de direito, estabelece junto ao **CONTRATANTE/SEGURADO**, conforme solicitação deste último que, a partir da assinatura e respectiva inclusão na Apólice de Seguro de Vida, aquele possuirá o(s) benefício(s) opcional(is) previsto(s) neste instrumento, **desde que respeitadas as cláusulas e condições a seguir relatadas**.

1.1. Para fins deste instrumento, **Segurado é a pessoa física (somente o beneficiário titular do plano de saúde individual firmado com o ESTIPULANTE), que atenda às condições previstas neste instrumento**.

1.1.1. No caso de **Segurado menor**, seu representante legal firmará a **Proposta e anuirá com a presente contratação. O representante também assumirá a posição de responsável financeiro, a saber, aquele que arca com as responsabilidades financeiras do presente contrato**.

2. **BENEFÍCIO(S):** Seguro Unimed Proteção Familiar – Registro SUSEP nº 15.414.100632/2002 58.

2.1. O **CONTRATANTE/SEGURADO** reconhece expressamente que **o(s) benefício(s) previsto(s) neste instrumento é (são) garantido(s) pela UNIMED SEGURADORA S.A.**, registrada na SUSEP sob o número 694-7, sediada na Al. Ministro Rocha Azevedo, 346 – Cerqueira César – São Paulo – SP – CEP 01410-000, com o que manifesta sua concordância.

3. **FORMA DE CONTRATAÇÃO:** A contratação do(s) benefício(s) descritos no presente contrato é opcional à contratação do plano de saúde e totalmente custeada pelo Beneficiário Titular do plano de saúde ou seu responsável legal (**CONTRATANTE/SEGURADO** do presente), identificado na Proposta de Admissão daquele, o qual autoriza, desde já, a cobrança dos valores dos prêmios quantificados na Proposta (e as taxas exigidas pela Estipulante), juntamente com a mensalidade do plano de **saúde**.

3.1. O CONTRATANTE/SEGURADO reconhece que a sua adesão aos benefícios ora contratados ocorreu de forma espontânea e sem qualquer tipo de coação.

ATENÇÃO CONTRATANTE/SEGURADO:

3.2. Caso haja boleto com vencimento subsequente à solicitação do benefício e antes da resposta da Seguradora, este deverá ser quitado normalmente pelo CONTRATANTE/SEGURADO, sendo que existe um período de franquia (sem cobertura de seguro e, portanto, não indenizável) nos primeiros 30 (trinta) dias, contados da abertura da solicitação, para as coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário e Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença. O não pagamento resulta em inadimplência, o que impede o recebimento da indenização.

4. LIMITES DOS SEGUROS ABRANGIDOS PELO PRESENTE CONTRATO:

4.1. Seguro Unimed Proteção Familiar: para este benefício, só será aceito o **Beneficiário Titular/CONTRATANTE/SEGURADO** que, na data da inclusão no seguro, tenha entre 16 (dezesesseis) a 65 (sessenta e cinco) anos. Se, excepcionalmente, houver segurado menor que 16 (dezesesseis) anos, os dados do responsável legal e financeiro serão encaminhados à Seguradora.

4.2. Para o(s) benefício(s) relacionado(s) na cláusula 5.1., só serão aceitos os Beneficiários Titulares que, na data da inclusão no seguro, estejam em plenas condições para o exercício do trabalho e estejam em boas condições de saúde, devendo ser observados, ainda, os requisitos específicos pertinentes a cada um dos benefícios previstos nos itens seguintes.

4.3. O benefício, com cobertura para INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA somente pode ser disponibilizado para profissionais autônomos.

4.4. O benefício PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO somente pode ser disponibilizado para empregados, com carteira de trabalho assinada, despedidos sem justa causa (ou demissão involuntária e imotivada).

4.5. As indenizações previstas no presente, que incidem como compensações totais ou parciais de mensalidades de plano de saúde, somente se dão em relação ao plano de saúde médico.

4.6. Valor máximo do capital segurado: R\$3.000,00 (três mil reais).

DOS BENEFÍCIOS

5. SEGURO UNIMED PROTEÇÃO FAMILIAR

5.1. GARANTIAS

5.1.1. MORTE ACIDENTAL – pagamento, diretamente ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, da importância segurada correspondente a 12 (doze) mensalidades vigentes quando do sinistro (não inclui valores de opcionais e coparticipação) do Plano de Saúde contratado com a Unimed-

BH, limitada ao capital segurado, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente coberto.

a) Caso não haja indicação de beneficiário(s) nos termos do presente, a indenização será paga de acordo com a legislação civil em vigor, comprovados formalmente os respectivos vínculos.

5.1.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – pagamento, **ao próprio segurado ou ao seu representante legal**, da importância segurada correspondente a **12 (doze) mensalidades vigentes quando do sinistro, limitada ao capital segurado, (não inclui valores de opcionais e coparticipação) do Plano de Saúde Individual/Familiar contratado com a Unimed-BH, desde que:**

a) Ocorra a invalidez permanente e total em razão de acidente devidamente coberto – conforme definições do presente contrato - assim entendida a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de membro ou órgão e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, não decorrente de riscos excluídos.

b) A Invalidez Permanente Total por Acidente se caracterizará também pela perda total da visão de ambos os olhos, ou perda total do uso de ambos os braços, ou perda total do uso de ambas as pernas, ou perda total do uso de ambas as mãos, ou perda total do uso de um braço e uma perna, ou perda total do uso de uma mão e um pé, ou perda total do uso de ambos os pés.

5.1.3. INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – exclusivamente para profissionais autônomos – pagamento, pela **SEGURADORA**, diretamente à **ESTIPULANTE**, de indenização equivalente a **até 5 (cinco) mensalidades vigentes na data do sinistro (não inclui valores de opcionais e coparticipação) do Plano de Saúde médico assistencial, contratado com a Unimed-BH** – uma mensalidade a cada mês - limitado a 5 (cinco) parcelas de pagamento que compõe o benefício, caso venha a ocorrer a incapacidade física total e temporária do **CONTRATANTE/SEGURADO**, em razão de acidente ou doença devidamente cobertos e não decorrentes de riscos excluídos.

5.1.3.1. O benefício é de até 5 (cinco) mensalidades ou menos, caso cesse a incapacidade, sendo que será pago em parcelas sucessivas de uma mensalidade por mês, descontada diretamente do boleto do plano de saúde do segurado emitido pela **ESTIPULANTE**.

ATENÇÃO SEGURADO: a indenização é calculada com base na mensalidade do plano vigente quando da ocorrência do sinistro e não da sua comunicação. Se o seu plano de saúde sofrer reajuste ou mudança de faixa etária, após o sinistro – comunicado ou não – a indenização não acobertará a totalidade da sua mensalidade, pelo que a operadora de plano de saúde lhe exigirá o pagamento do que superar o valor da indenização, juntamente com a coparticipação e opcionais.

a) Requisito para o direito a cobertura: exercício da atividade autônoma por um período anterior mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses, a contar da data da ocorrência do evento; para os eventos seguintes, 6 (seis) meses contados a partir do final do período anteriormente indenizado, comprovado mediante apresentação de guias de recolhimento de ISSQN e INSS, como autônomo, no período exigido pela presente cláusula.

b) Não será considerado sinistro o evento que ocorrer em intervalo inferior a 6 (seis) meses em relação a evento anterior que tenha sido indenizado.

ATENÇÃO CONTRATANTE/SEGURADO:

A indenização acobertará somente as mensalidades (total ou parcialmente) do Plano de Saúde Médico. Você permanecerá responsável pelo pagamento das coparticipações e mensalidades dos planos e produtos opcionais.

5.1.4. PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO – exclusivamente para empregados formalmente sujeitos ao regime da CONSOLIDAÇÃO DAS LEIS DO TRABALHO – CLT, pagamento, pela SEGURADORA, diretamente à ESTIPULANTE, de indenização equivalente a até 5 (cinco) mensalidades vigentes quando do sinistro (não inclui valores de opcionais e coparticipação) do Plano de Saúde médico assistencial contratado com a Unimed-BH, em caso de demissão involuntária e imotivada do Segurado.

5.1.4.1. O benefício é de até 5 (cinco) mensalidades, caso cesse o desemprego, sendo que será pago em parcelas sucessivas de uma mensalidade por mês, descontada diretamente das mensalidades trazidas nos boletos do plano de saúde médico assistencial do segurado emitido pela **ESTIPULANTE**.

ATENÇÃO SEGURADO: a indenização é calculada com base na mensalidade do plano vigente quando da ocorrência do sinistro e não da sua comunicação. Se o seu plano de saúde sofrer reajuste ou mudança de faixa etária, após o sinistro – comunicado ou não – a indenização não acobertará a totalidade da sua mensalidade, pelo que a operadora de plano de saúde lhe exigirá o pagamento do que superar o valor da indenização, juntamente com a coparticipação e opcionais.

a) Requisito: duração mínima do contrato de trabalho de 12 (doze) meses ininterruptos; para eventos seguintes, 6 (seis) meses contados a partir do final do período anteriormente indenizado.

b) **Não será considerado sinistro o evento que ocorrer em intervalo inferior a 6 (seis) meses em relação a evento anterior que tenha sido indenizado.**

c) **Haverá perda do benefício se o segurado conseguir novo emprego.**

5.1.4.2. O novo emprego deve ser comunicado pelo CONTRATANTE/SEGURADO ao ESTIPULANTE, sob pena das medidas legais cabíveis, pelo ESTIPULANTE e/ou pela SEGURADORA.

ATENÇÃO CONTRATANTE/SEGURADO:

A indenização acobertará somente as mensalidades (total ou parcialmente) do Plano de Saúde Médico. Você permanecerá responsável pelo pagamento das coparticipações e mensalidades dos planos e produtos opcionais.

5.3. CARÊNCIA: 90 (noventa) dias. É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais, exigível em relação às garantias de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença e Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

5.4. FRANQUIA: 30 (trinta) dias. É o período de tempo não indenizável, contado a partir da caracterização do evento coberto, exigível em relação às garantias de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença e Perda de Renda por Desemprego Involuntário.

5.5. RISCOS EXCLUÍDOS – MORTE E INVALIDEZ – Estão expressamente EXCLUÍDOS, das garantias de morte e de invalidez, os eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como de contaminação radioativa, ou de exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;
- b) danos físicos consequentes de atos ou operações de guerra declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão ou de Inscrição no Plano de Saúde;
- d) suicídio e suas tentativas, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme legislação em vigor;
 - d.1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.

- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- g) prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, ou da utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- i) **agravação intencional do risco por parte do Segurado.**

5.4.1. INVALIDEZ – Além das exclusões previstas no item 5.4., está também EXCLUÍDA da cobertura deste seguro a invalidez ocorrida em consequência de:

- a) **doenças (inclusive 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) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente coberto;**
- d) **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 sob a nomenclatura de LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**

5.4.2. RISCOS EXCLUÍDOS – INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA – Além das exclusões previstas nos itens 5.4. e 5.4.1., não haverá, ainda, para a garantia de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou Doença, cobertura para eventos decorrentes de:

- a) **gravidez, parto, aborto e suas intercorrências e consequências, exceto quando decorrente de acidente pessoal coberto;**

- b) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- c) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de acidentes pessoais cobertos pelo seguro ou por reconstrução mamária consequente de mastectomia por neoplasia maligna, ocorridos durante a vigência do seguro;**
- d) tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética;**
- e) tratamento odontológico e ortodôntico;**
- f) inseminação artificial;**
- g) quaisquer tratamentos por motivos de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química cirúrgica;**
- h) tratamentos psiquiátricos, alterações psíquicas, mentais e estresse (“stress”), independente das suas causas.**

5.4.3. RISCOS EXCLUÍDOS – DESEMPREGO – Para a garantia de Perda de Renda por Desemprego Involuntário estão excluídos os eventos decorrentes de:

- a) demissão por justa causa;**
- b) aposentadoria;**
- c) programas de demissão voluntária a que o segurado tenha aderido;**
- d) término de contrato de estágios e de contratos de trabalho por prazo determinado ou temporário em geral;**
- e) rescisão de contrato de trabalho, seja qual for a causa, quando houver outro em vigor;**
- f) demissões decorrentes de falência, concordata, privatização e liquidação extrajudicial;**
- g) fatos que caracterizem preexistência, tais como aviso prévio e assemelhados.**

6. PROCEDIMENTOS, DOCUMENTOS NECESSÁRIOS E LOCAL DE ENTREGA, EM CASO DE SINISTRO

6.1. PARA TODOS OS CASOS:

6.1.1. O Aviso de Sinistro ou de Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento, preenchido e assinado pelo **ESTIPULANTE**, ou pelo **CONTRATANTE/SEGURADO**, ou pelo Beneficiário, conforme o caso, e pelo médico assistente, com o número de Registro no CRM;

6.2. DEMAIS DOCUMENTOS, CONFORME CADA CASO:

6.2.1. Morte Acidental:

- a) cópia da Certidão de Óbito;**
- b) cópia do documento de identidade, do CPF/MF e comprovante de residência do Segurado;**

- c) cópia do Laudo Cadavérico;
- d) cópia do Laudo de Dosagem Toxicológica, se tiver sido realizado;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;
- f) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, no caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o motorista.

6.2.2. Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) exames e radiografias realizados;
- b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;
- d) cópia do documento de identidade, do CPF/MF e comprovante de residência do Segurado;
- e) relatório médico comprovando a invalidez (original, quando aplicável, com CRM).

6.2.3. Desemprego Involuntário:

- a) cópia do Termo de Rescisão Contratual;
- b) comprovante de solicitação de Seguro Desemprego;
- c) cópia das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:
 - de Qualificação Civil;
 - do registro do Contrato de Trabalho (admissão e demissão);
 - páginas anteriores à do Contrato de Trabalho extinto;
 - páginas posteriores à do Contrato de Trabalho extinto.

6.2.4. Incapacidade Física Total e Temporária:

- a) exames e radiografias realizados;
- b) cópia do CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), se for o caso;
- c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando necessário;
- d) cópia do documento de identidade, do CPF/MF e do comprovante de residência do Segurado;
- e) relatório médico comprovando a incapacidade (original, quando aplicável, com CRM).
- f) cópia do recolhimento do ISS;
- g) cópia do recolhimento do INSS;
- h) cópia do recibo de recolhimento Carnê Leão ou da última declaração de Imposto de Renda;
- i) laudo médico, contendo período previsto para o afastamento;
- j) exames complementares realizados.
- k) cópia autêntica do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- l) documentos relacionados com a perda de rendimentos, sempre que solicitados.

6.2.5. Documentos necessários à habilitação de beneficiários:

- a) documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência de cada um.

E os abaixo:

- **cônjuge:** Certidão de casamento atualizada;
- **companheira(o):** prova de união estável;
- no caso de beneficiários **menores ou incapazes:**

- **menores sujeitos a poder familiar:** cópia da certidão de nascimento do menor, comprovante de residência e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- **menores sujeitos a tutela:** cópia da certidão de nascimento do menor, termo de tutela, comprovante de residência e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- **maiores sujeitos a curatela:** cópia da certidão de nascimento do maior, termo de curatela, comprovante de residência e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

6.2.6. Os benefícios devem ser requeridos através dos seguintes canais, para remessa a **SEGURADORA**:

- a) Atendimento presencial (sede da **Unimed-BH**):
 Av. Francisco Sales, 1.483, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG.
 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h.
- b) Carta – Envio de carta para o endereço:
 Av. Francisco Sales, 1.483, Santa Efigênia
 30150-221 Belo Horizonte – MG
 A/C: Setor Central de Processos.

6.2.7. Prazos: para pagamento de indenização, os prazos são contados a partir da data de recebimento, pela Seguradora, **de todos** os documentos necessários à comprovação ou elucidação do sinistro, a saber:

- a) **Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente** – dentro de 30 (trinta) dias, em uma única parcela;
- b) **Desemprego** – dentro de 30 (trinta) dias, indenização equivalente a até 5 (cinco) mensalidades (preços vigentes quando da data de sinistro) sendo paga uma mensalidade por mês – em data equivalente à da aprovação do benefício, sendo que a obtenção de novo emprego durante esse período acarretará a perda do benefício.
- c) **Incapacidade total e temporária** – dentro de 30 (trinta) dias, indenização equivalente a até 5 (cinco) mensalidades (**preços vigentes quando da data de sinistro**) sendo paga uma mensalidade por mês – de acordo com a avaliação do laudo médico, recebido pela Seguradora, nos 15 (quinze) dias subsequentes ao período de franquia. As próximas mensalidades serão pagas mediante comprovação da continuidade da incapacidade, conforme estabelecido no laudo médico, sempre até o limite de 5 (cinco), observado o critério habitualmente utilizado pela prática médica, ou, se necessário, com base em publicação técnica reconhecida.

6.2.7.1. O **CONTRATANTE/SEGURADO** deve aguardar a aprovação do requerimento do benefício de desemprego e incapacidade física e as orientações sobre o seu pagamento, não deixando de pagar qualquer boleto que vencer, sob pena de não fazer jus ao recebimento daquele.

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

6.4. A Seguradora poderá, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

6.5. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, **o prazo para pagamento da indenização será suspenso**, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

6.6. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e com documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

6.7. A ausência de comunicação de sinistro e requisição do seguro, no prazo legal estipulado pelo Código Civil Pátrio (**art. 206, §1º, II, b: 1 ano, contado da data do sinistro**), acarretará a sua prescrição.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. O Usuário Titular declara estar ciente de que as cláusulas e condições completas dos benefícios encontram-se nas respectivas condições gerais do seguro, em poder do **ESTIPULANTE**.

7.2. O Usuário Titular declara ter observado atentamente as características dos seguros aqui dispostos.

7.3. **No momento da contratação do(s) benefício(s) previsto(s) neste instrumento, o CONTRATANTE/SEGURADO declara estar em plenas condições para o exercício do trabalho, declarando ainda não ser portador de nenhuma doença ou lesão preexistente à referida contratação, sob pena de perda do direito a indenização, em caso de omissão.**

7.4. O **CONTRATANTE/SEGURADO** declara estar ciente de que o(s) benefício(s) previsto(s) no presente instrumento somente será(ão) coberto(s) se as mensalidades do Plano de Saúde, celebrado com o **ESTIPULANTE**, estiverem rigorosamente em dia, inclusive aquelas referentes ao período de franquia no momento da:

a) ocorrência do sinistro (ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas);

b) comprovação da continuidade do desemprego ou da incapacidade temporária.

7.5. **A UNIMED BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, na qualidade de **ESTIPULANTE** do seguro, reconhece expressamente que tem o dever de fazer, ao Segurado, as comunicações relativas aos benefícios contratados, bem como de representá-lo perante a Seguradora.

7.6. O cancelamento, por qualquer motivo, do plano de saúde ao qual está o CONTRATANTE/SEGURADO vinculado junto à Estipulante cancelará automaticamente o direito aos benefícios previstos neste instrumento, ainda que haja migração para um outro plano da mesma Cooperativa.

7.7. O não pagamento dos valores relativos a coparticipação e mensalidades dos opcionais acarretará aplicação das disposições daqueles contratos relacionados à inscrição do Serasa, SPC ou equivalente e, ainda, cobrança judicial do crédito da operadora.

7.8. Este Contrato de Proteção Familiar vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por igual período, pelo ESTIPULANTE.

7.8.1. O presente contrato pode ser denunciado a qualquer tempo pelo **CONTRATANTE/SEGURADO**, por escrito, com 30 (trinta) dias de antecedência, desde que esteja em dia com as mensalidades do Plano de Saúde firmado com a Estipulante.

7.9. Qualquer tolerância em face de descumprimento do presente, não implica perdão, novação, renúncia ou alteração do pactuado.

7.10. Compõem este contrato, para todos os fins de direito, a Proposta de Admissão, o Termo de Adesão e o Anexo I – Glossário.

8. DO FORO

8.1. Fica eleito o foro da cidade de Belo Horizonte para dirimir qualquer demanda sobre o presente instrumento, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

ANEXO I – GLOSSÁRIO

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

a) incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- 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:

- 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 consequentes 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 sob a nomenclatura de LER – Lesão por Esforço Repetitivo ou DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LTC – Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, Tendinite, Sinovite, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal; 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.

Agravamento ou Agravação do Risco: é uma circunstância que, após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

Beneficiários: são as pessoas determinadas pela Lei Civil como beneficiários legais a receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.

Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada garantia deste seguro. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.**

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais;

Certificado Individual do Segurado: é o documento emitido pela Seguradora que confirma a aceitação do interessado no Seguro subscrito, mediante solicitação do mesmo. O Certificado Individual é de emissão e envio obrigatórios, pela Seguradora, no início do contrato e nas suas renovações subsequentes, devendo conter as seguintes informações:

- a) data de início e término de vigência individual do seguro;
- b) capital Segurado de cada garantia do seguro e
- c) valor total do prêmio.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, da Proposta de Admissão, do Contrato, da Apólice, de eventuais Endossos e do Certificado Individual do seguro.

Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declaradas na Proposta de Adesão.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

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

Franquia: é o período de tempo não indenizável, contado a partir da caracterização do evento coberto.

Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas com contratos celebrados com o Estipulante.

Grupo Segurado: é constituído pela totalidade dos componentes do grupo segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro.

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro, ficando sempre limitado ao valor do capital segurado.

Preexistência: vide Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes deste item.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada garantia contratada determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Proponente individual: é a pessoa física cuja adesão ao seguro é solicitada, e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Admissão: é o formulário que, devidamente preenchido, assinado e entregue à Estipulante, caracteriza a vontade do proponente individual de ser incluído no seguro coletivo.

Proposta de Contratação: é o documento através do qual a pessoa física ou jurídica manifesta a sua vontade de contratar o seguro, na qualidade de Estipulante, em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Disposições Finais.

Segurado: é a pessoa física, regularmente aceita e incluída no seguro, responsável pelo preenchimento da Proposta de Admissão e pelo cumprimento das condições contratuais. **Quando o responsável pelo pagamento dos valores estabelecidos no Contrato com o Estipulante não for o titular desse Contrato, este poderá ser substituído por aquele responsável na condição de Segurado, desde que expressamente informado à Seguradora.**

Seguradora: é a **UNIMED SEGURADORA S/A**, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas, desde que estas estejam em vigor.