

ATENÇÃO

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão, não configura aceitação pela Seguradora.

Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO VIDA EM GRUPO PARA REMISSÃO – Contratação Coletiva – Versão 04/2015

Reg. SUSEP nº 10.002596/99-77

1. OBJETIVO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado, ao Estipulante, para quitação das mensalidades do Plano de Saúde dos Beneficiários nele incluídos, no caso de ocorrer evento coberto, previsto na garantia contratada, **exceto se decorrente de riscos excluídos ou não previstos neste seguro e desde que respeitados os demais itens destas Condições Gerais e no Contrato.**

2. DEFINIÇÕES

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 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;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- as lesões acidentais decorrentes de:
 - a) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- g) queda n'água ou afogamento.

b) Não se incluem nesse 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 L.E.R. - Lesão por Esforços Repetitivos ou D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências 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, definido neste item;***

Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro e é entregue ao Estipulante;

Beneficiários são os Usuários Dependentes do Segurado no plano de saúde que se beneficiarão da remissão prevista neste Seguro, conforme definido no item 10 destas Condições Gerais, sendo que o Capital Segurado será pago diretamente ao Estipulante (seguradora/operadora de Plano de Saúde), conforme contratado e especificado em Contrato;

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação e no Contrato.
Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

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

Certificado Individual do Seguro é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais segurados;

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, de eventuais endossos e, quando for o caso, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do seguro;

Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários;

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações das partes;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros;

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 declarados na Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito do 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 a morte do Segurado ocorrida durante a vigência deste Seguro, não decorrente dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais.

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais;

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante;

Indenização é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado;

Nota Técnica Atuarial é documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro a que se referem estas Condições Gerais;

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas;

Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;

Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;

Proposta de Adesão é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento destas Condições Gerais;

Regime Financeiro de Repartição Simples é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período;

Riscos Excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais e nas Especiais.

Segurado é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro. **Quando o responsável pelo pagamento dos valores correspondentes às mensalidades do Plano, contratado com o Estipulante, não for o titular do contrato, este poderá ser substituído por aquele 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 previsto nas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1. Este seguro garante aos Beneficiários, exclusivamente inscritos no Seguro ou Plano de Saúde do Estipulante, a remissão de suas mensalidades, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições destas Condições Gerais e do Contrato.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura deste seguro 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 a contaminação radioativa, ou da 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) 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;

d) suicídio e suas tentativas, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos contados da adesão do segurado ao seguro, ou do aumento do capital segurado quanto ao valor aumentado;

e) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) prática por parte do Segurado, dos beneficiários ou por representantes de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;

f.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

g) atos contrários à lei, inclusive a direção 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, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

i) agravação intencional do risco por parte do Segurado e

j) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.

4.2. Além das exclusões previstas no item 4.1, estão também EXCLUÍDOS deste seguro os eventos consequentes de:

a) doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto 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, exceto se decorrentes de acidente coberto;

c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;

d) parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

e) 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 pessoal coberto;

f) choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;

g) envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

h) 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, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, 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;

i) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples

transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e

l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos, ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, sejam naturais ou acidentais.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

6.1.1.1. A recepção da proposta se dará mediante protocolo fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.1.1.2. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

6.1.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la.

6.1.2.1. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais. A solicitação de

informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto no item 6.1.2.

6.1.3. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada como automaticamente aceita.

6.1.3.1. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.

6.1.4. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.1.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.1.2 destas Condições Gerais.

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e Inclusão de Segurados

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do seguro.

6.2.1.1. A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.2.1.2. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.2.2. Somente serão aceitos como Segurados os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início de vigência da cobertura individual:

- **tenham menos de 66 (sessenta e seis) anos;**
- **estejam em boas condições de saúde e**
- **em condições de exercer atividade laborativa.**

6.2.2.1. Os componentes do Grupo Segurável que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e os admitidos durante o período de vigência, somente poderão ser incluídos no mês subsequente ao do

retorno do trabalho ou da sua admissão pelo Estipulante, respectivamente, **desde que atendam às condições de aceitação conforme disposto no item 6.2.2.**

6.2.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

6.2.4. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.2.3.

6.2.5. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada automaticamente aceita.

6.2.6. Aceita a Proposta de adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do certificado individual ao Segurado.

6.2.7. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Proponente, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.2.8. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.2.3 destas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice

7.1.1. O prazo de vigência da apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

7.1.2. O início de vigência da Apólice se dará na data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou na data de recepção da Proposta, pela Seguradora, caso seja aceita, se esta for recebida juntamente com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio.

7.1.3. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, por igual período, **salvo se o Estipulante, ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.**

7.1.3.1. A renovação automática prevista no item anterior só **podará ocorrer uma única vez**, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

7.1.4. Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

7.1.5. O início e o término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

7.2.2. A vigência do seguro, desde que aceita a Proposta, terá início:

- a) na data constante da Apólice e no Contrato, para aqueles que tenham solicitado sua inclusão até essa data;**
- b) a partir da data de inclusão do Segurado no Seguro ou Plano de Saúde, desde que tal inclusão tenha ocorrido há menos de 30 (trinta) dias e mediante cobrança do prêmio retroativa.**

7.2.3. Se as Propostas de Adesão forem recepcionadas juntamente com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio, o início de vigência se dará a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, caso sejam aceitas.

7.2.4. O início e término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a)** data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b)** capital segurado e
- c)** valor total do prêmio.

8.2. A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. A cobertura deste seguro somente passa a vigorar após cumprido o prazo de carência de 6 (seis) meses a contar do início do risco individual, em caso de morte natural.

9.1.1. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, **exceto para a hipótese de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos a contar da adesão do segurado ao Seguro.**

9.2. No caso de alteração do Plano de saúde, categoria e/ou padrão de acomodação cujo valor das mensalidades seja superior ao anteriormente contratado, será exigido novo prazo de carência de 6 (seis) meses, computado a partir do início de vigência do novo plano.

9.2.1. No caso de falecimento do Segurado, por morte natural, antes de cumprido o novo prazo de carência previsto no item 9.2, a indenização será paga com base no valor das mensalidades do Plano anterior, para o qual a carência tenha sido cumprida.

9.3. O presente seguro não prevê a adoção de franquia.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. São beneficiários deste seguro os dependentes do Segurado que, no dia anterior a data do óbito do Segurado, estejam inscritos no Seguro ou Plano de Saúde, como Dependentes do Segurado, há pelo menos 6 (seis) meses.

10.1.1. A exigência do período mínimo de permanência no plano ou seguro de Saúde previsto no item 10.1 não se aplica:

- a) ao nascituro, filho do Segurado (Titular do Seguro ou Plano de Saúde), desde que nascido de parto coberto pelo Seguro ou Plano de Saúde da mãe;
- b) ao filho do Segurado que, na data de óbito deste, tenha menos de seis meses de idade, desde que seu nascimento tenha ocorrido na vigência do Seguro ou Plano de Saúde e sua inclusão tenha sido realizada dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do seu nascimento;
- c) ao(s) dependente(s) incluído(s) no plano/seguro de saúde dentro de 30 (trinta) dias a contar do fato que ensejou a sua vinculação ao Segurado (casamento, adoção etc.).

10.2. O pagamento da indenização será efetivado diretamente ao Estipulante do Seguro, para quitação das mensalidades do Plano/Seguro de Saúde dos Dependentes do Segurado.

10.1.2. Também será considerado beneficiário deste Seguro, o filho do Segurado que, na data de óbito deste, tenha menos de seis meses de idade, **desde que seu nascimento tenha ocorrido na vigência do Seguro ou Plano de Saúde e sua inclusão tenha sido realizada dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do seu nascimento.**

10.1.3. Os demais dependentes, com menos de seis meses de permanência no Seguro ou Plano de Saúde do Estipulante e neste seguro, terão direito à cobertura deste seguro, **desde que a sua inclusão no contrato do Estipulante tenha ocorrido dentro de 30 (trinta) dias de vinculação ao Segurado (casamento, adoção etc.) e a inclusão neste seguro tenha ocorrido dentro das condições ora previstas.**

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o disposto no Contrato, o custeio pode ser:

- **não contributivo: em que os Segurados não pagam prêmio; ou**
- **contributivo: em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.**

11.2. A forma de custeio constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do Contrato.

12. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

12.1. É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

12.1.1. A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto nas Condições Contratuais, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

12.1.2. Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

12.1.3. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da apólice.

12.2. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

12.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

12.4. Quando a data limite para pagamento do prêmio recair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

12.5. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 13 destas Condições Gerais, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

13. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

13.1. A falta de pagamento do prêmio em seu vencimento, seja o Seguro contributário ou não, não acarretará a suspensão automática das coberturas que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 13.1.1.

13.1.1. O Estipulante, em atraso com o pagamento do prêmio, será notificado para pagamento do valor corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança, que não será inferior a 10 (dez) dias, contados da notificação.

13.2. O não pagamento do débito dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança,

pela Seguradora, dos prêmios não pagos. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 13.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

13.3. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, **mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso**, com os encargos previstos no item 13.1.1.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. A indenização prevista neste Seguro corresponderá ao pagamento das mensalidades do Seguro ou Plano de Saúde dos Dependentes do Segurado, pelo período equivalente a 12 (doze), 24 (vinte e quatro), 36 (trinta e seis), 48 (quarenta e oito) ou 60 (sessenta) meses, conforme opção do Estipulante constante na Proposta de Contratação e do Contrato.

14.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o plano/seguro de saúde e o período da remissão vigentes na data da ocorrência do evento.

14.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

15. REAJUSTE E REAVALIAÇÃO DE PRÊMIOS E CAPITAIS SEGURADOS

15.1. Os prêmios deste Seguro serão sempre calculados com base nos valores das mensalidades do Seguro ou Plano de Saúde, de acordo com a informação do Estipulante.

15.2. A Seguradora poderá reajustar o prêmio, na data da renovação, se houver. Quando o seguro for contributário, a reavaliação dependerá da prévia e expressa anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

16. OCORRÊNCIA DO EVENTO

16.1. Ocorrendo evento coberto pelo seguro, deverá ser ele comunicado **formalmente à Seguradora**, pelo Corretor, pelo Estipulante ou pelos beneficiários do Segurado, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 17 destas Condições Gerais.

17. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

17.1. Observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

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

17.2.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

17.3. O pagamento do Capital Segurado será efetuado, de uma única vez, ao Estipulante, em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos relacionados abaixo, observado os itens 17.6, 17.6.1 e 17.7, destas Condições Gerais:

- Aviso de Sinistro;
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, do Segurado sinistrado;
- Cópia da Certidão de Óbito;
- Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- Cópia do laudo do I.M.L. (se realizado);
- Cópia da Ficha de Registro de Emprego;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de morte acidental);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia da CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho;
- Cópia do TC – Termo Circunstanciado ou do BO - Boletim de Ocorrência Policial (em caso de morte acidental);
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência, de cada um dos beneficiários dependentes, **mais:**
 - Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada e emitida após a data do óbito;
 - Companheira(o): prova de “união estável”;

17.3.1. O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora, ainda, a comprovação da data de inclusão do Segurado e dos seus dependentes no Seguro ou Plano de Saúde, bem como a cópia dos documentos comprobatórios da Admissão dos mesmos no referido Plano, do pagamento dos prêmios

devidos pelo Segurado e seus Dependentes, além dos demais documentos que compõem o respectivo contrato.

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

17.5. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.

17.6. 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.

17.6.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.3 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente a data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

17.7. O pagamento da indenização relativa aos dependentes que não apresentarem a documentação exigida ficará pendente até a sua apresentação. Após a apresentação e o reconhecimento pela Seguradora, a cobertura será concedida a partir do dia primeiro do mês subsequente ao do óbito do Segurado.

17.8. A indenização será paga pela Seguradora diretamente ao Estipulante, sob a expressa condição de que este faça a remissão das mensalidades do Plano que seriam devidas pelos beneficiários do Segurado, pelo prazo contratado previsto no Contrato.

17.9. Caso seja ultrapassado o prazo previsto no item 17.3, a Seguradora pagará o valor da indenização devida, acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 17.3 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação e
- Multa de 2% (dois por cento).

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

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante e/ou o Segurado obrigados ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes legais ou dos seus beneficiários:

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- b) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;**
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato e**
- d) não fornecimento da documentação solicitada.**

18.1.1. Perderá, também, o direito à indenização, o beneficiário do Segurado que impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

18.2. O Segurado é 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.

18.2.1. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da comunicação de agravação do risco, manifestar ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, por escrito, sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.2.2. O cancelamento do seguro referido no item 18.2.1 se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado ou ao Estipulante, conforme o caso, devolvendo, se houver, a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer.

18.3. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

18.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé, a Seguradora poderá:

I – 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.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

19.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da Apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, observado o disposto no item 20 destas Condições Gerais;
- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se contributário o seguro, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;
- e) com o falecimento do Segurado;
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 20 destas Condições Gerais.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. A apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a sua vigência, nas seguintes hipóteses:

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 13 destas Condições Gerais;
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;

- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora e
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

e.1) Desde que aceite pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente.

20.2. O Seguro também será cancelado:

- a) automaticamente, se o Segurado, seus representantes legais, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;
- b) automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais, por parte do Segurado, seus Beneficiários ou representantes legais;
- c) por mútuo e expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora e
- d) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

20.3. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.4. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

21.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do seguro. Autoriza, ainda, a Seguradora a utilizar, em qualquer época, as declarações por ele prestadas, no amparo e na defesa dos direitos daquela, sem caracterizar ofensa ao sigilo profissional.

21.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, inclusive, dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- 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;
- fornecer ao Segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for da responsabilidade do Segurado;
- repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral;
- comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado, e
- 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 caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

23. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

23.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente estas Condições Gerais e o Contrato, a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

24. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

24.2. À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

24.3. Qualquer alteração na Apólice vigente ou na renovação, que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, bem como a alteração das taxas de seguro, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

24.4. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do Estipulante e da Seguradora, ratificada pelo correspondente endosso.

25. PRAZOS PRESCRICIONAIS

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

26.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

26.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

26.4. 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 das Condições Gerais e do Contrato.

26.5. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do Segurado ao seguro.

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer questões judiciais entre os beneficiários e a Seguradora.

27.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 27.1.

Conheça os canais de Comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento para solucionar dúvidas sobre os produtos, solicitar 2ª via de boleto e extrato e fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

www.segurosunimed.com.br

Unimed Seguradora S/A - CNPJ/MF: 92.863.505/0001-06 - Reg. SUSEP 694-7

Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 - Cerqueira César - CEP: 01410-901 - São Paulo - SP

Atendimento Nacional: 0800-016-6633

Ouvidoria: acesse www.segurosunimed.com.br/ouvidoria ou ligue 0800 001 2565

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800-770-3611

www.segurosunimed.com.br

• OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

Como e onde recorrer:

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- Pelo site: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.
- Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

- **Por carta**, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:
Seguros Unimed - Ouvidoria
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901
- **Por telefone: 0800 001 2565**, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.
- **Presencial**, com atendimento **no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis**, na sede da Seguros Unimed localizada na:
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901