

Manual do Segurado

PRODUTO RENDA HOSPITALAR - INDIVIDUAL

MANUAL DO SEGURADO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de Eventos Cobertos pela(s) Cobertura(s) contratada(s), **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e desde que respeitadas às demais Disposições Contratuais.**

2. COBERTURAS

2.4. DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização, proporcional ao período de internação, em caso de sua hospitalização causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.** Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o Segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a diária referente ao período de permanência nessa Unidade, será paga em dobro em relação ao valor fixado contratualmente para esta cobertura.

2.5. AUXÍLIO MEDICAMENTO: Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a 1 (uma) diária adicional à cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), em caso de sua hospitalização por período superior a 4 (quatro) diárias, causada por doença ou Acidente Pessoal cobertos, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

Hospitalização: é a permanência em hospital por período mínimo de 12 (doze) horas em regime de internação, caracterizada pela utilização de acomodação, qualquer que seja o tipo, para tratamento médico-hospitalar que não possa ser realizado em residência.

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 independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico ou afastamento das atividades laborativas, ou internação hospitalar do Segurado e/ou dos Segurados Dependentes, quando incluídos.

Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) suicídio ou a sua tentativa, após 2 (dois) anos de contratação do Seguro Individual ou da sua recondução depois de suspenso, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapamento acidental de gases e vapores;
- d) sequestros e suas tentativas; e
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, 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 por acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) doenças profissionais ou ocupacionais, mesmos quando consideradas acidente do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, ou similares que venham a ser

aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de Acidente Pessoal.

2.5.1 FRANQUIA: é o período de tempo em cada evento gerador, contado a partir da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há garantia pelo seguro, suportando o Segurado as consequências do evento gerador. Para as garantias deste seguro, haverá a franquia de 12 (doze) horas de internação, por evento, contados a partir do horário inicial de internação hospitalar.

2.5.2 CARÊNCIA: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.** Para as garantias deste seguro, haverá carência de 120 (cento e vinte) dias para eventos decorrentes de doença e, para eventos decorrentes de Acidente Pessoal coberto, não haverá carência.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados no conceito de Acidente Pessoal acima, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) gravidez tópica ou ectópica;
- b) procedimentos e/ou tratamentos clínicos ou cirúrgicos para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;
- c) cirurgia para correção de fimose;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e/ou não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e/ou não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- e) tratamento odontológico de qualquer espécie e suas consequências;
- f) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- g) cirurgias plásticas (estéticas ou não);
- h) tratamentos para obesidade em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- i) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento e suas consequências;
- j) diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como, mas não se limitando a, espera para a realização de cirurgia; disponibilidade para exames de diagnose; repouso; internação com a finalidade exclusiva de realização de exames de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de saúde, inclusive check-up; internação para doação de órgãos;
- k) doenças mentais e/ou psiquiátricas inclusive o “stress”.

4. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

4.1. Poderão aderir ao seguro os proponentes que tenham entre 18 (dezoito) e 65 (sessenta e cinco) anos de idade, completos na data de início de vigência do seguro.

4.2. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.

4.3. Decorrido o prazo estipulado no item 4.2, sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como, automaticamente, aceita.

4.4. Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada por escrito e o respectivo Prêmio, eventualmente pago, será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que venha a substituí-lo, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

4.5. O recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

5. OPÇÃO DE PLANO

5.1. **Individual:** somente o segurado titular faz parte do seguro.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

6.1. O prazo de vigência da apólice será de 5 (cinco) anos.

6.1.1. O início de vigência do risco individual, desde que o proponente seja aceito no seguro, será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de contratação.

6.1.2. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, salvo o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao final da vigência da apólice, ou ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas neste Manual do Segurado.

6.2. Renovação

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

6.2.2. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência expressa, de pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

7.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste Seguro, serão atualizados, anualmente, no aniversário da apólice pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

7.1.2. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

8. CANCELAMENTO DA APÓLICE

8.1. A Apólice poderá ser cancelada, automaticamente, e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 60 (sessenta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;

b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

c) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

Além das hipóteses previstas acima, a cobertura do risco a que se refere esta Cláusula cessa ainda:

8.1.1. Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c) Após 120 (cento e vinte) dias consecutivos de inadimplência;
- d) com o falecimento do Segurado;
- e) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cobertura contratada, que gerou a Indenização.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

9.1. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em território nacional, salvo Disposições Contratuais em contrário.

10. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

10.1 Na ocorrência de sinistro deverá o Beneficiário ou seu Representante entrar em contato com a Central de Atendimento a Clientes ou por escrito à Seguradora. O prazo para pagamento de indenização, desde que o sinistro seja decorrente de evento coberto é de até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos:

DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

- aviso de sinistro preenchido e assinado (formulário padrão MetLife);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização” (formulário padrão MetLife), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou, quando for o caso, por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e, quando for o caso, de cada um dos Beneficiários;
- cópia do Prontuário Hospitalar completo;
- declaração original assinada e carimbada por representante do Hospital indicando data e hora de entrada e de alta hospitalar, mencionando períodos de enfermaria e UTI;
- cópia do resultado de exames complementares realizados;

10.2. A documentação listada nas respectivas Cláusulas não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários durante o processo de análise do Sinistro, para sua completa elucidação.

10.2.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 9.1. acima será suspenso, voltando a contar a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

11. BENEFICIÁRIO(S)

11.1. Para este seguro, o beneficiário é o próprio segurado.

12. REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO

12.1 Aos 66 (sessenta e seis) anos o reenquadramento é de 38% (trinta e oito por cento), após 69 (sessenta e nove) anos, o reenquadramento é de 10% (dez por cento) ao ano.

13. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

13.1. É de responsabilidade do Segurado o pagamento do prêmio.

13.2. Quando a data limite para pagamento do Prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, a quitação do Prêmio poderá ser efetuada no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

13.3. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vem/cimento da parcela até o efetivo pagamento.

13.3.1. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

13.4. No período de mora no pagamento do Prêmio, não haverá suspensão das Coberturas/Cláusulas, sem prejuízo à cobrança dos Prêmios respectivos.

14. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

14.2. Qualquer direito do Segurado, ou do Beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

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

14.4. 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.

14.5. Este seguro é estruturado no regime financeiro de repartição, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s).

14.6. 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.

14.7. Produto registrado na SUSEP sob nº 15414.003227/2010-01 e sob-responsabilidade da Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., código SUSEP 0635-1, CNPJ 02.102.498/0001-29.

14.8. O Estipulante da apólice é a **COMPANHIA PIRATININGA DE FORÇA E LUZ**, CNPJ: **04.172.213/0001-51**.

Documento atualizado em: 06/09/2017.

