

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, **desde que respeitadas as condições contratuais.**

1.2. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco**

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor
- os acidentes decorrentes de ação 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.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 como: Lesão por Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como 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, conforme definido neste item.

2.2. **Aditivo:**

Condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

2.3. **Âmbito de Cobertura:**

Significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro.

2.4. **Apólice:**

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.5. **Assistido:**

É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

2.6. **Aviso de Sinistro:**

É a comunicação específica de um Sinistro, que o Estipulante, o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.

2.7. Beneficiário:

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.8. Boa-fé:

Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. **O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro.** A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.9. Capital Segurado:

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

2.10. Carência (prazo de carência):

É o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. Na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.11. Carregamento:

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização. Trata-se de um percentual incidente sobre os prêmios pagos.

2.12. Certificado Individual:

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.13. Coberturas de Risco:

São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições Contratuais de Garantias.

2.14. Condições Contratuais:

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.15. Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.16. Condições Especiais:

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.17. Contrato:

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.18. Corretor:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **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.**

2.19. Crime Doloso:

Situação em que o agente quis o resultado ou assumiu o risco de produzi-lo.

2.20. Doença Preexistente:

É toda doença, inclusive as congênitas, de que o Segurado saiba ser portador ou sofredor na época da contratação do seguro.

2.21. Dolo:

Má-fé; qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

2.22. Estipulante:

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

2.23. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Contratuais.

2.24. Formulário de Aviso de Sinistro:

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.25. Garantias:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.26. Grupo Segurado:

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.27. Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.28. INPC:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

2.29. IPC-A:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.

2.30. Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal:

É o afastamento temporário do segurado das atividades relativas a sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto, e comprovada por atestado médico;

2.31. Indenização:

Valor que a Seguradora deverá pagar aos Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.32. Início de Vigência:

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.33. Liquidação de Sinistro:

É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

2.34. Médico Assistente:

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

2.35. Migração de Apólices:

É a transferência de apólice coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.36. Nota Técnica Atuarial:

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.37. Parâmetros Técnicos:

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.38. Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.39. Prazo de Tolerância:

Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não pagamento) do Segurado.

2.40. Prêmio:

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.41. Prêmio Comercial:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.42. Prêmio Puro:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.43. Proponente:

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.44. Proposta de adesão:

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.45. Proposta de Contratação:

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 das condições contratuais

2.46. Regime Financeiro de Repartição Simples:

Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para custear o risco de pagamento das indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Dessa forma, tal regime não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

2.47. Riscos Excluídos:

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.48. Segurado:

Pessoa física que contratou o seguro.

2.49. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

2.50. Segurados Dependentes:

São o cônjuge, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.

2.51. Seguradora:

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos das Condições Gerais é a Rio Grande Seguros e Previdência S.A.

2.52. Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.53. Vigência do Seguro:

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.54. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS E ASSISTÊNCIAS DO SEGURO

3.1 BÁSICA (MORTE ACIDENTAL (MA)): garante ao(s) beneficiário(s), em caso de morte do segurado principal ocasionada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice o pagamento de uma indenização em valor equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado individual.

3.1.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA): garante ao segurado principal o pagamento de uma indenização relativa à perda ou à impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice, equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Para o cálculo da indenização deverão ser consideradas as premissas estabelecidas para essa cobertura constantes das Condições Especiais, constantes nas condições gerais do produto.

3.2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

3.3 ASSISTÊNCIA DESCONTO FARMÁCIA: garante ao segurado principal preços especiais na compra de medicamentos nos estabelecimentos credenciados, devidamente relacionados e regulamentados nas Condições Gerais dessa assistência.

3.4.1 Esse serviço de assistência está disponível para clientes que contrataram o produto a partir da data de 17 de outubro de 2023.

3.4 ASSISTÊNCIA TELEMEDICINA: garante ao titular do seguro de vida e seus dependentes (cônjuge e filhos) a prestação de serviços referentes a qualquer atendimento de saúde realizado à distância, devidamente relacionados e regulamentados nas Condições Gerais dessa assistência e no Anexo IV (item 25), parte integrante deste Contrato.

3.5 SORTEIO: permite ao segurado principal, a partir do mês subsequente a compra do título de capitalização pela Rio Grande, e durante a sua permanência neste seguro, concorrer a um sorteio nos 4 (quatro) últimos sábados de cada mês, no valor e de acordo com as regras estabelecidas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência:**

- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- de doenças e lesões preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;
- de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.

4.2. **Exclusão para Atos Terroristas**

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. CONDIÇÕES DE INGRESSO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. Na fixação das condições desta Apólice foram considerados os seguintes limites de idade: 18 (dezoito) anos para idade mínima e 70 (setenta) anos para idade máxima, conforme estudo atuarial apresentado.

5.2. Aqueles que desejarem aderir ao seguro deverão preencher, datar e assinar Proposta de Adesão, com a indicação dos beneficiários, que será enviada à Rio Grande.

5.3. A Rio Grande terá o prazo de até 15 (quinze) dias, após o recebimento da documentação, para aceitá-la ou recusá-la. Caso a Rio Grande exija documentos complementares para análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data de entrega da documentação. Decorrido o prazo estabelecido nesta cláusula, sem manifestação da Rio Grande, a Proposta de Adesão será considerada aceita.

- 5.4. A não aceitação da adesão do proponente, por parte da Rio Grande, será comunicada por escrito e implicará na devolução integral de quaisquer prêmios eventualmente pagos, atualizados monetariamente da data do pagamento efetuado pelo Estipulante ou pelo proponente, até a data da efetiva restituição.
- 5.5. As doenças preexistentes ao início de vigência deste seguro não serão indenizadas se eram de conhecimento do segurado e não foram declaradas, expressa e formalmente no momento da contratação do seguro.
- 5.6. Caso seja constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados fornecidos pelo Estipulante à Rio Grande, quando da implantação da Apólice ou da emissão do primeiro faturamento, que provoque desvio superior a 5% (cinco por cento) no cálculo atuarial que resultou a taxa apurada, tal taxa será repactuada entre as partes de forma a manter íntegras as condições contratadas, sob pena de a Apólice ser cancelada. O Plano de Seguro apresentado ao Estipulante foi elaborado com base nos dados por ele fornecidos.

6. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da primeira parcela do seguro e cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 6.2. **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.**
- 6.3. A apólice será renovada automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

7. CAPITAL SEGURO

7.1. O capital segurado individual da Garantia Básica será definido individualmente pelo proponente na Proposta de Adesão, observando as faixas de capital descritas na tabela abaixo:

Módulos	Capital Segurado Individual
A	R\$ 50.000,00
B	R\$ 120.000,00
C	R\$ 160.000,00

- 7.2. O prêmio mensal do seguro será definido de acordo com o capital segurado individual contratado pelo proponente, conforme os valores descritos na tabela abaixo:

Módulos	Capital Segurado Individual	Prêmio Mensal
A	R\$ 50.000,00	R\$ 35,00
B	R\$ 120.000,00	R\$ 65,00
C	R\$ 160.000,00	R\$ 86,00

8. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 8.1. A Rio Grande realizará a cobrança dos prêmios através da forma contratada descrita abaixo:

DÉBITO EM CONTA CORRENTE: O pagamento do prêmio será efetuado em **parcela mensal** por meio de débito em conta corrente, custeado totalmente pelo segurado.

9. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 9.1. O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias a contar do seu vencimento.
- 9.2. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.
- 9.3. A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresse consenso entre o Estipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10. PRAZO DE TOLERÂNCIA

10.1 Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, o segurado e/ou estipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento ou a exclusão do segurado.

10.1.1 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, mediante cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

11 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

11.1 O Segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

11.2 Se, ainda, o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

11.3 Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora poderá:

11.3.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

11.3.2 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.

11.4 O Segurado deverá comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má-fé.

11.5 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

11.6 O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

12 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

12.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, salvo se esta for renovada.

12.2 Se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12.3 Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

12.4 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

I – com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; ou

II – quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio, observado o disposto nos itens 12 e 15. 17.4 das condições gerais do produto.

Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

I – se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;

II – com o cancelamento do seguro do segurado principal;

III – com a morte do segurado principal;

IV – no caso de cessação da condição de dependente; ou

V – a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

13 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

13.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o segurado ou o(s) seu(s) beneficiário(s) deverão comunicá-lo à Rio Grande e enviar os documentos necessários para sua análise e regulação, conforme documentação básica definida para cada Garantia contratada, relacionada nas Condições Gerais.

13.2 A partir da entrega de toda a documentação básica exigida pela **Rio Grande**, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, desde que atendidas todas as exigências legais e as formuladas pela **Rio Grande**.

13.3 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o fato de ter sido suspenso em função de a **Rio Grande** ter tomado outras providências para elucidação dos fatos, conforme previsto no item "Liquidação de Sinistros" das Condições Gerais, incidirão sobre o valor do capital segurado juros moratórios à razão de 1% (um por cento) ao mês pro rata die, além de multa de 2% (dois por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo.

13.3.1 Caso o processo não seja regulado dentro do prazo previsto neste contrato, incidirá também sobre os valores, atualização monetária desde a data de ocorrência do sinistro até a do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço, qual seja o IPCA, entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

13.4 É facultada à **Rio Grande**, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que foram cumpridas na íntegra as exigências feitas.

14. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

14.1 As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único, exceto na hipótese do Segurado ter expressamente solicitado o pagamento na forma de renda certa.

15. BENEFICIÁRIOS

15.1. O(s) beneficiário(s) do seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo segurado principal em sua Proposta de Adesão ou em outro documento hábil, devidamente protocolado na seguradora, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, **desde que durante o período de vigência da Apólice na Rio Grande**, mediante solicitação formal à seguradora, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

15.2. Na falta de indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época.

16. REGIME FINANCEIRO

16.1 Devido a natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

17. ATUALIZAÇÃO DO SEGURO

17.1. Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados monetariamente, no aniversário do certificado individual, pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o 2º (segundo) mês anterior ao aniversário.

18. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

18.1 Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

19. TRIBUTOS

19.1 Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização correrão por conta do contribuinte conforme determinado pela legislação aplicável.

20. PRESCRIÇÃO

20.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

21. COMUNICAÇÃO

Reclamações e esclarecimentos, de acordo com a sua natureza, poderão ser feitos pelos meios abaixo descritos:

- Serviço de Informação ao Cidadão SUSEP: 0800 021 84 84 (dias úteis, das 9h30 às 17h) ou www.susep.gov.br.
- Comunicação com a Rio Grande Seguros e Previdência S/A:
- Central de Relacionamento: 0800-281 3005;
- SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone); e
- OUVIDORIA: 0800025 1895, de 2ª a 6ª, das 8h às 18h, exceto feriados (ao ligar, tenha em mãos o número do protocolo de atendimento).

22. FORO

22.1 As partes elegem o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, para dirimir eventuais controvérsias oriundas deste Contrato.

23. CONDIÇÕES DO SORTEIO

A **Rio Grande Seguros e Previdência S/A** adquirirá séries de 100.000 títulos de capitalização, às suas custas, da Rio Grande Capitalização S/A e o Segurado receberá número de cinco dígitos (Número da Sorte) para concorrer a 4 (quatro) sorteios mensais no valor de R\$ 35.000,00 (trinta e cinco mil reais). Deste valor será descontado o imposto de renda e demais tributos que incidam ou venham a incidir sobre o mesmo. Os sorteios serão apurados com base na extração da Loteria Federal do Brasil, ordenando-se os algarismos das unidades do 1º ao 5º prêmios, conforme abaixo:

Extração da Loteria Federal do Brasil:

1º prêmio: 34.579

2º prêmio: 67.320

3º prêmio: 01.385 N° Contemplado: **90.523**

4º prêmio: 29.332

5º prêmio: 10.673

Caso não haja extração da Loteria Federal do Brasil em uma das datas previstas nem na imediata que a substitua, o sorteio será realizado pela extração subsequente da Loteria Federal para que não ocorra acúmulo de sorteios.

Se a Caixa Econômica Federal não realizar as extrações substitutas, suspender definitivamente a realização das extrações da Loteria Federal, modificar as referidas extrações de forma que não mais coincidam com as premissas aqui fixadas, ou se houver qualquer impedimento à vinculação da Loteria Federal aos sorteios previstos neste plano, a Rio Grande Capitalização S/A promoverá os sorteios com aparelhos próprios em local de livre acesso ao público, sob fiscalização de auditoria independente e nas condições estipuladas neste item, no prazo máximo de 15 (quinze) dias a contar da data dos sorteios não realizados, dando ampla e prévia divulgação do fato, através de mídia impressa.

O Segurado terá direito a participar dos sorteios a partir do primeiro dia do mês subsequente ao da compra do título pela Rio Grande Capitalização S/A, ficando assegurada sua participação até o mês subsequente ao do último mês de vigência do Seguro.

O Segurado que estiver com seu Seguro quitado continuará participando dos sorteios com o mesmo Número da Sorte durante o prazo de vigência de seu Seguro.

24. ASSISTÊNCIA DESCONTO FARMÁCIA

24.1. OBJETIVO

24.1.1 A Assistência Desconto Farmácia tem por objetivo atender ao segurado em situações em que necessite de preços especiais na compra de medicamentos nos estabelecimentos credenciados.

24.1.2 Esse serviço de assistência está disponível para clientes que contrataram o produto a partir da data de 17 de outubro de 2023.

24.2. DEFINIÇÕES

a) Assistência Desconto Farmácia: é o conjunto dos serviços descritos e caracterizados nessas Condições, nos limites, termos e condições aqui previstos.

- b) Central de Assistência: é a Central de Assistência Telefônica da Assistência Desconto Farmácia, disponível conforme horário estabelecido nestas Condições, a fim de auxiliar os segurados quando da solicitação dos serviços.
- c) Evento Garantido: é a ocorrência de um ato, fato ou uma situação, que dê origem a utilização da Assistência Desconto Farmácia pelo segurado, conforme condições e limites estabelecidos.
- d) Prestadores: são pessoas físicas ou jurídicas selecionadas e gerenciadas pela Assistência Desconto Farmácia para prestação dos Serviços definidos nestas Condições, doravante denominado “Prestadores” ou “Rede de Farmácias Credenciadas”.
- e) Lista Referenciada de Medicamentos: lista composta de medicamentos aprovados pela Anvisa, pré-selecionados e referenciados para descontos diferenciados, doravante denominado “Lista Referenciada de Medicamentos” ou “Lista Referenciada”.
- f) Demais Medicamentos: relação de medicamentos aprovados pela ANVISA e comercializados na Rede de Farmácias Credenciadas, que não constam na Lista Referenciada de Medicamentos.
- g) Horário de Atendimento: horário disponível pela Central de Assistência para informações ou solicitações dos Serviços contratados pelo segurado.
- h) Horário de Prestação de Serviço: horário disponível pelos Prestadores para efetiva prestação da Assistência Desconto Farmácia solicitada.

24.3. SERVIÇOS

24.3.1 A Assistência Desconto Farmácia concede descontos de 10% a 80% no preço dos medicamentos referenciados.

Desconto básico:

- O Usuário poderá adquirir os medicamentos constantes na Lista Referenciada com desconto, a serem confirmados através de sistema desenvolvido exclusivamente para a Assistência Desconto Farmácia junto à Rede Credenciada.

Orientações gerais:

- Para ter direito ao desconto, o segurado deverá apresentar à Rede Credenciada seu CPF, para fins de comprovação do direito.
- Para ter acesso à lista de farmácias credenciadas e medicamentos com desconto, o segurado deve acessar o app ou site <https://sitebusca.epharm.com.br/>. Essa lista é constantemente atualizada, ficando sob responsabilidade do segurado a conferência da lista antes da compra de medicamentos.
- Os valores de desconto serão concedidos, sempre, sobre o PMC – Preço Máximo de Venda ao Consumidor.
- Fica garantido que a Assistência Desconto Farmácia praticará o menor preço entre valor do medicamento com desconto na Lista Referenciada da Assistência Desconto Farmácia e o preço promocional do dia da loja (“preço de venda”), caso houver.
- Não são de responsabilidade da Assistência Desconto Farmácia as formas de pagamento disponibilizadas pela Rede de Farmácias Credenciadas, sendo a verificação desta de responsabilidade de Usuário.
- No caso de medicamentos que necessitem de apresentação de receita médica, estas deverão ser apresentadas no momento da compra e ainda estar dentro do prazo de validade.
- Para estes serviços, o horário de funcionamento estabelecido é:
 - Horário da Central de Atendimento: 24 (vinte e quatro) horas.
 - Horário das Farmácias Credenciadas: não é de responsabilidade da Assistência Desconto Farmácia o horário de atendimento da Rede de Farmácias Credenciadas, sendo a verificação desta de responsabilidade direta do segurado.

24.4. ÂMBITO TERRITORIAL

24.4.1 A Assistência Desconto Farmácia será prestada ao Segurado em todo o território brasileiro.

24.5. ATENDIMENTO

24.5.1 A Assistência Desconto Farmácia poderá ser acionada por meio da Central de Atendimento 0800 026 3031 com atendimento 24 horas.

25. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA TELEMEDICINA

25.1 OBJETIVO

25.1.1 O serviço de Assistência Telemedicina é todo e qualquer atendimento de saúde realizado a distância e tem por objetivo prestar teleorientação, telemonitoramento e teleconsulta para cuidados primários e consultas com especialista. O serviço inclui atendimento digital e telefônico para informação, orientação e atendimento com profissionais de saúde de nível superior, enfermeiros e médicos, 24 horas por dia, 7 dias por semana. OBS: O atendimento por médicos

especialistas é realizado em horário comercial e mediante indicação do médico de plantão (médico de família/clínico geral).

25.1.2 Esse serviço de assistência está disponível para clientes que contrataram o produto a partir da data de 17 de outubro de 2023.

25.1.3 A vantagem da consulta online permite que o atendimento ocorra no conforto de casa ou até mesmo no ambiente de trabalho. Dessa forma, o segurado evita a ida a ambientes potencialmente contaminados (como hospitais e clínicas) e economiza tempo por não precisar se deslocar até o local.

25.2 SERVIÇOS

25.2.1 A Assistência Telemedicina contempla os seguintes serviços:

- **Atendimento para o titular do seguro de vida e seus dependentes** (cônjuge e filhos, que serão atendidos após livre cadastramento no canal de atendimento via whatsapp);
- **Teleorientação**, para fornecer informações ao segurado/dependente;
- **Telemonitoramento**, para acompanhar e monitorar o quadro de saúde;
- **Teletriagem** online com enfermeiros, realizando a abordagem baseada na gravidade de sintomas e queixas, com SLA de até 20 minutos para atendimento;
- **Teleconsulta**, somente com o médico de família/clínico geral, nos casos recomendados pela equipe de teletriagem; com SLA de até 2 horas para atendimento médico com o plantonista disponível;
- Qualquer outro custo, seja decorrente da orientação médica ou não, é de responsabilidade integral do segurado.
- Segurados/dependentes menores de idade, deverão realizar a consulta acompanhado do responsável.
- **Atendimento com psicólogos** de segunda a sexta-feira em horário comercial (08h00 às 19h00), em casos de urgências relacionadas a saúde mental, excluindo-se a prática da psicoterapia;

25.3 ÂMBITO TERRITORIAL

25.3.1 O serviço de Assistência Telemedicina será prestado de forma online ao Segurado e seus dependentes, em todo território nacional, ficando a disposição durante 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 dias por semana, inclusive feriados e finais de semana.

25.4 ATENDIMENTO

25.4.1 O segurado/dependente, ao ser identificado no Canal de Atendimento, confirma os dados cadastrais e, na sequência, faz uma primeira avaliação de saúde.

25.4.2 Na avaliação de saúde, a equipe de teletriagem, composta por enfermeiros, acolhe o paciente e faz perguntas específicas sobre o seu estado de saúde atual.

25.4.3 A teletriagem é uma estratégia que busca filtrar as queixas do paciente e direcioná-lo para a melhor forma de assistência, prestando orientação quanto a sintomas da Covid-19, outros quadros clínicos ou até mesmo encaminhamento para uma teleconsulta com o médico de família/clínico geral.

25.4.4 Em caso de necessidade de atendimento com o médico de família/clínico geral, os enfermeiros farão o agendamento da teleconsulta.

25.4.5 Agendada a teleconsulta, o segurado/dependente e o médico de família/clínico geral receberão, antes do horário agendado, um e-mail e/ou SMS contendo o link para entrar no ambiente virtual onde ocorrerá a vídeo consulta.

25.4.6 Durante a teleconsulta, a plataforma de telemedicina disponibiliza um chat para conversas por texto entre o segurado/dependente e o profissional da saúde, e uma aba para Anotações para este último, que poderão, ao final da teleconsulta ser anexadas ao prontuário do paciente junto com o vídeo da teleconsulta. A conversa do chat não será gravada nem armazenada.

25.4.7 Antes de encerrar a teleconsulta, a plataforma de telemedicina pergunta ao profissional da saúde se deseja enviar orientações ao paciente e, caso seja feita essa opção, as orientações serão enviadas tanto para o e-mail do paciente como do profissional da saúde, e a teleconsulta será encerrada e automaticamente anexada ao prontuário do respectivo paciente.

25.4.8 O profissional de saúde poderá enviar receita com assinatura digital por meio de SMS ao seu paciente, quando houver a indicação da prescrição e/ou pedido de exame.

25.4.9 Uma cópia da receita e de todos os exames ficarão guardados na área de acesso do sistema pelo paciente para consulta a qualquer momento.

25.4.10 Em caso de cancelamento da consulta por parte do segurado, o paciente deverá informar o cancelamento pelo canal de atendimento whatsapp®.

25.4.11 Em caso de cancelamento da consulta por parte do médico, a enfermeira entrará em contato pelo canal de atendimento whatsapp® com o paciente para reagendar a consulta.

25.4.12 Em caso de não comparecimento do segurado/dependente na vídeo conferência, o paciente deverá reagendar o atendimento no canal de atendimento whatsapp®.

25.4.13 Em caso de não comparecimento do médico na vídeo conferência, a enfermeira entrará em contato pelo canal de atendimento whatsapp® com o paciente para reagendar a consulta.

25.4.14 A assistência telemedicina não tem limite de utilização, podendo ser acionado a qualquer momento, durante a vigência do contrato da apólice de seguro de vida.

25.4.15 A assistência telemedicina deixará de ser oferecida, caso o seguro de vida seja cancelado.

25.4.16 O agendamento e a utilização desta assistência contemplam o atendimento para as consultas eletivas conforme item 8 da condição geral.

25.5 ACIONAMENTO DO SERVIÇO

25.5.1 A assistência poderá ser acionada pela central de atendimento no número 0800 836 6247, de segunda a sexta-feira, das 07h às 19h e/ou pelo aplicativo WhatsApp, no número **+55 11 5108-1743**, em qualquer horário, nos sete dias da semana. O acionamento também poderá ocorrer diretamente no App TEM SAÚDE DIGITAL.

25.6. CONSULTAS ELETIVAS

25.6.1 O atendimento por médicos especialistas é realizado em horário comercial e mediante indicação do médico de plantão (médico de família/clínico geral) com SLA de agendamento em até 15 dias após encaminhamento.

25.6.2 As especialidades médicas disponíveis para atendimento eletivo na prestadora de serviços TEM SAÚDE são: CARDIOLOGIA, DERMATOLOGIA, ENDOCRINOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA, GERIATRIA, GINECOLOGIA, IMUNOLOGIA, OBSTETRÍCIA, MASTOLOGIA, MÉDICO DA FAMÍLIA, NEFROLOGIA, OFTALMOLOGIA, ORTOPEDIA, OTORRINOLARINGOLOGIA, PEDIATRIA, PNEUMOLOGIA, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, UROLOGIA, PSICOLOGIA E NUTRIÇÃO.