

# DECESSOS – taxa média

## Condições Contratuais

### Versão 5.3

CNPJ 54.484.753/0001-49  
Processo SUSEP nº 10.003136/99-01

## ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS .....	3
1. OBJETIVO DO SEGURO .....	3
2. DEFINIÇÕES .....	3
3. COBERTURAS DO SEGURO .....	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	9
6. CARÊNCIA .....	9
7. FRANQUIA .....	10
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	10
9. BENEFICIÁRIOS .....	11
10. CAPITAIS SEGURADOS .....	11
11. CUSTEIO DO SEGURO .....	12
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	12
13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO .....	12
14. SEGURADOS AFASTADOS .....	13
15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE .....	13
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL .....	14
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA .....	15
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	16
19. PERDA DE DIREITOS .....	16
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	17
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	18
22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE .....	21
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE .....	21
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	22
25. PRESCRIÇÃO .....	22
26. FORO .....	23
27. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS .....	24
COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC .....	24
28. RISCOS COBERTOS .....	24
29. RISCOS EXCLUÍDOS .....	26
30. CAPITAL SEGURADO .....	27
31. DATA DO EVENTO .....	27
32. CARÊNCIA .....	27
33. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	27
34. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	27
COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ .....	28
35. RISCOS COBERTOS .....	28
36. CAPITAL SEGURADO .....	28
37. DATA DO EVENTO .....	28
38. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA .....	28
39. CARÊNCIA .....	28
40. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	28
41. BENEFICIÁRIOS .....	29

---

42. DISPOSIÇÕES GERAIS .....	29
------------------------------	----

---

## CONDIÇÕES GERAIS

---

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

---

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir ao beneficiário, mediante o recebimento do prêmio pela seguradora, o reembolso das despesas ou a prestação de serviço com o funeral, limitado ao valor do capital segurado, de acordo com o plano contratado, em caso de falecimento decorrente de causas naturais ou acidentais do segurado principal, se contratado plano Individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a), filhos, pais e sogros, se contratado o plano Familiar, ocorrido durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais.**

### 2. DEFINIÇÕES

---

2.1. Para fins deste seguro, devem ser consideradas as seguintes definições:

**Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) 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;
- b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) 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.

**Apólice:** documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas contratadas.

---

**Aviso de Sinistro:** comunicação específica com a finalidade de dar imediato conhecimento à seguradora da ocorrência de um evento passível de cobertura.

**Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.

**Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

**Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

**Certificado Individual:** documento emitido pela seguradora, no seguro coletivo, para a aceitação do proponente, ou para renovação ou da alteração do seguro.

**Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

**Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

**Companheiro(a):** pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente e pelo contrato de seguro.

**Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

**Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

**Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante e/ou subestipulante (quando houver).

**Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante, subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante (se houver), da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

**Corretor:** intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Gerais e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e os segurados. **O corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**

**Culpa Grave:** termo utilizado para expressar a forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada pela falta extrema do agente, que não prevê fato previsível aos homens comuns e, embora sem a intenção, assume o resultado de produzi-lo.

---

**Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

**Doenças e Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

**Domicílio do Segurado:** endereço indicado pelo segurado e constante no certificado individual.

**Endosso:** documento emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice e/ou no certificado individual do seguro.

**Estipulante:** 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.

**Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado na cobertura prevista na apólice contratada.

**Filho(s):** aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observadas as condições indicadas abaixo:

- Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

**Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

**Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

**Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se houver), que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

**Indenização:** valor máximo a ser pago ao beneficiário pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.

**Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico do segurado. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

**Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

**Proponente:** pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

**Proposta de Adesão:** documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.

**Proposta de Contratação:** documento assinado pelo estipulante ou subestipulante (se houver), com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente (estipulante), pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

**Pro Rata Temporis:** no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio do seguro proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

**Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, **não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).**

**Regulação de Sinistro:** processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura ou não, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

**Relatório Médico:** documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de avaliação de cobertura, documento emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

**Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo seguro contratado.

**Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

**Segurado Principal:** é o segurado que possui vínculo com o estipulante.

**Segurado Dependente:** é o cônjuge ou companheiro(a), filhos e/ou enteado(s), pais e sogros do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.

**Seguradora:** empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

**Sinistro:** é a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

**Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o estipulante, que contrata o seguro em favor do grupo segurado a que se vincule e os representa perante a seguradora.

**Vigência do Seguro:** é o período fixado para validade do contrato de seguro.

---

**Vigência da Cobertura Individual:** é o período de tempo fixado no certificado individual em que o segurado permanece amparado pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

### 3. COBERTURAS DO SEGURO

---

3.1. As coberturas oferecidas no seguro são as seguintes:

3.1.1. Cobertura Básica

- Decessos – DEC

3.1.2. Cobertura Adicional

- Aquisição de Jazigo – AJ

3.2. A cobertura adicional de Aquisição de Jazigo somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Decessos.

3.3. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

- Individual:** Fica coberto somente o segurado principal;
- Familiar I:** Ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor;
- Familiar II:** Ficam cobertos o segurado principal, seus pais, seu cônjuge/companheiro(a) e filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor;
- Familiar III:** Ficam cobertos o segurado principal, seus pais, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor e seus sogros.

3.3.1. No plano Familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

3.3.2. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.

3.3.3. No plano Familiar não será permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e segurado dependente” de cônjuge/companheiro(a), filhos, pais, e sogros que forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo. Nesse caso a adesão apenas poderá ocorrer na condição de segurados principais.

3.4. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

### 4. RISCOS EXCLUÍDOS

---

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESCRITAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:

- DO USO DO MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO



- EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- C) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- D) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- E) DE SUICÍDIO, SUAS CONSEQUÊNCIAS OU SUA TENTATIVA, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, A SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;
- F) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO; NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
- G) INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
- H) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;
- I) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
- J) DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS;
- K) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS
- L) ACIDENTES QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO;
- M) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;
- N) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA, QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO;
- O) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;

- P) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
- Q) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS;
- R) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO 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. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

---

- 5.1. A cobertura deste seguro abrange a Morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre.
- 5.2. O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é somente o território nacional.
- 5.3. O âmbito territorial para os serviços de assistência de traslado é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

## 6. CARÊNCIA

---

- 6.1. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato de seguro.
- 6.2. Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência de seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 6.3. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato de seguro.
- 6.4. O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.
- 6.5. A critério da seguradora, o período de carência poderá ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e/ou Exame Médico.
- 6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.
- 6.7. Para eventos decorrentes de acidente pessoal, conforme conceito expresso na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, não será aplicada carência, ressalvada a hipótese prevista no item 6.2.

---

## 7. FRANQUIA

---

7.1. Não haverá franquia neste seguro.

## 8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

---

- 8.1. A contratação ou alteração da apólice se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do estipulante e/ou subestipulante (se houver), e pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
- 8.2. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.
- 8.3. O pagamento antecipado do prêmio total ou parcial não caracterizará a aceitação da proposta.
- 8.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta, para aceitá-la ou recusá-la. A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.5. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 8.4, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir da data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.5.1. Caso o proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez. No caso de proponente pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 8.4, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.
- 8.6. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) ou corretor de seguros por escrito, devidamente justificada.
- 8.7. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*Pro Rata Temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e devidamente atualizado conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.
- 8.8. Durante o período compreendido entre a data de recebimento da proposta na seguradora com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa da mesma, haverá cobertura pelo seguro.
- 8.9. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional e em condições normais de saúde e preencha os requisitos de idade, conforme definido no contrato de seguro.
- 8.10. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

- 
- 8.11. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da apólice de seguro pela seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na apólice vigente se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta de contratação.
- 8.12. A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual do seguro pela seguradora, no início do contrato e em cada renovação do seguro.
- 8.13. **É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.**

## 9. BENEFICIÁRIOS

---

- 9.1. O beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas nas coberturas contratadas, mediante apresentação das notas fiscais originais, nos casos de solicitação de reembolso.
- 9.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

## 10. CAPITAIS SEGURADOS

---

- 10.1. O capital segurado contratado para cada cobertura será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.
- 10.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.
- 10.3. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, **não podem ser superiores ao do segurado principal.**
- 10.4. Poderá ser efetuado o aumento dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e atividades, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.
- 10.5. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.
- 10.6. O estipulante fica ciente que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou segurado.
- 10.7. A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços funerários prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), fica a seguradora apenas obrigada a indenizar o valor do capital segurado contratado.

---

10.8. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

## 11. CUSTEIO DO SEGURO

---

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

- a) **Contributário:** aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;
- b) **Não-Contributário:** aquele em que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do seguro.

## 12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

---

12.1. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual à vista, conforme o definido no contrato de seguro.

12.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou estipulante e/ou subestipulante (se houver) deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro, até a data limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na proposta de contratação.

12.3. O pagamento dos prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecida na apólice e no certificado individual.

12.4. Caso a data de vencimento do prêmio coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia em que houver expediente bancário.

12.5. Na renovação anual da apólice e sem prejuízo da atualização monetária prevista na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, o valor do prêmio do seguro, poderá ser reavaliado com o estipulante e/ou subestipulante (se houver), com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados.

12.6. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

12.7. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE E 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

12.8. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

## 13. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

---

13.1. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.

- 
- 13.2. Em caso de atraso no pagamento das parcelas posteriores a primeira, iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.
- 13.2.1. A seguradora enviará notificação ao estipulante ou subestipulante, com antecedência mínima de 10 (dez) dias do prazo indicado no item 13.2, advertindo-o da necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.
- 13.3. Ocorrendo sinistro no período de inadimplência, antes do cancelamento do seguro, a seguradora realizará o pagamento do capital segurado contratado, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).
- 13.4. O seguro ficará de pleno direito cancelado, após o término do prazo concedido para regularização da inadimplência e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre a apólice/certificado individual cancelado por falta de pagamento.
- 13.4.1. Nas contratações de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante (se houver) a cobrança dos referidos prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.
- 13.5. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, a seguradora realizará a cobrança obedecendo a forma de pagamento estipulada no contrato de seguro e/ou nas propostas (contratação e/ou adesão) e aplicará os seguintes encargos previstos na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, calculada na base “*Pro Rata Temporis*”.

#### 14. SEGURADOS AFASTADOS

---

- 14.1. O prêmio do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, deverá ser pago normalmente à seguradora.
- 14.2. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital segurado, decorrente de aumento por promoção, durante seu afastamento.
- 14.3. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, será mantido no novo seguro, o segurado principal afastado do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato de seguro.

#### 15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

---

- 15.1. A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.
- 15.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a seguradora, o estipulante ou o grupo segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse.

- 
- 15.3. As renovações posteriores a primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 15.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.
- 15.5. O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 15.6. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente, respeitado o disposto no item 15.7 desta cláusula.
- 15.7. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.
- 15.8. 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.

## 16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

---

- 16.1. A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.
- 16.1.1. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado do valor de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.1.2. Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 16.2. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 16.3. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).
- 16.4. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

---

## 17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

---

- 17.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.
- 17.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 17.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:
- 17.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.
- 17.2.1.1. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao vencimento do certificado individual de seguro.
- 17.2.1.2. Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.
- 17.2.1.3. A atualização mencionada no subitem 17.2.1 se aplicará a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os segurados ativos.
- 17.2.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data em que se tornarem exigíveis:
- No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
  - No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
  - No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de formalização da recusa, observada a Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.
- 17.2.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.2.4. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**



---

17.3. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS SUBITENS 17.2.2, 17.2.3 E 17.2.4, JUROS MORATÓRIOS, DE 0,50% (CINQUENTA CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

17.4. 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 de seguro.

## 18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

---

18.1. A cobertura individual do segurado termina:

- a) Com o falecimento do segurado principal;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
- c) Na data em que for protocolado na seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado ou se o cancelamento ocorrer a pedido da seguradora;
- d) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- e) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS;
- f) No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal;
- g) No caso de filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES também extinguirá a referida cobertura.

## 19. PERDA DE DIREITOS

---

19.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o estipulante, o subestipulante (se houver), o segurado, seu(s) preposto(s), seu(s) beneficiário(s), seu corretor de seguros ou seu(s) representante(s) legal(is):

- a) Fizer declaração inexata ou omitir, em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- b) Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
- c) Dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

19.2. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé do estipulante, do subestipulante (se houver), do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou seus representantes legais, a seguradora poderá:

- I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:
  - 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 do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.

- 
- II. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:
- Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, mediante o recebimento do prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
  - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- III. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento, mediante o recebimento do prêmio devido.
- 19.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, pelo segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante (se houver), seu(s) preposto(s), corretor e seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is), na prática dos seguintes casos:
- Utilização de declarações falsas, simulação acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
  - Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
  - Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.
- 19.4. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se provado que silenciou de má-fé, conforme legislação em vigor.
- Recebida a comunicação a seguradora, poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos após o recebimento do aviso de agravação do risco.
  - O cancelamento do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 19.4.1. Entre outras ocorrências, também caracteriza a alteração de risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde.

## 20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

---

- 20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:
- Por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante e/ou subestipulante (se houver), desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
  - Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
  - Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) (se houver) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;

d) Quando o estipulante e/ou subestipulante(s) (se houver) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO destas condições gerais.

20.2. A apólice coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência, pela seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

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, o prêmio calculado “pro rata temporis”.

## 21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora por meio da Central de Atendimento.

21.2. Para a prestação do serviço, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado principal ou segurado dependente;
- b) Cópia do RG e CPF do segurado principal e/ou segurado dependente que sofreu o sinistro;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado principal e/ou segurado dependente que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

21.3. Para a solicitação do reembolso, deverão ser apresentados os documentos básicos relacionados a seguir:

- a) Cópia do RG e CPF do segurado principal e/ou segurado dependente que sofreu sinistro;
- b) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado principal e/ou segurado dependente que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- c) Comprovante de vínculo empregatício cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a) principal, se cabível;
- d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido;
- e) Certidão e declaração de óbito do segurado principal e/ou segurado dependente;
- f) Relatório Médico, devidamente preenchido pelo médico que assistiu o segurado, observado o exposto no conceito definido na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES destas condições gerais;
- g) Original das notas fiscais e recibos das despesas;
- h) RG/RNE e CPF do contratante da Nota Fiscal;
- i) Cópia do comprovante de residência em nome do contratante da Nota Fiscal. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado.

21.3.1. No caso de falecimento do cônjuge ou companheiro(a), além da documentação descrita no item 21.3, deverá ser apresentado os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**
- b) Em caso de companheira(o), enviar Escritura Pública Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia

da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

**21.3.2.** No caso de falecimento do(s) filho(s), além da documentação descrita no item 21.3, deverá ser apresentado os documentos básicos a seguir relacionados:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) filho(s);
  - i. Na falta do RG do(s) filho(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
  - ii. Independente da idade do(s) filho(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.

**21.4.** A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para o pagamento do capital segurado devido, contados da data de entrega de todos os documentos básicos indicados nestas condições gerais à seguradora.

**21.4.1.** A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada de todos os documentos/informações complementares solicitados.

**21.5.** Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de sinistro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

**21.6.** A não entrega dos documentos solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará no arquivamento do processo de sinistro administrativamente. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.

**21.7.** A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.

**21.8.** Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

**21.9.** Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

**21.10.** As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

- 
- 21.11. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.
- 21.12. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 21.13. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 21.14. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.
- 21.15. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.
- 21.16. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 21.17. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.
- 21.18. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.
- 21.19. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico assistente.
- 21.20. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela seguradora será atualizada conforme previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.
- 21.21. 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.
- 21.22. O valor a ser reembolsado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado respectivo vigente na data do evento, pago em parcela única.
- 21.23. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário ou do segurado principal o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

---

## 22. ALTERAÇÕES NA APÓLICE

---

- 22.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.
- 22.2. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado, observado o disposto na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

---

## 23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

---

- 23.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições gerais e demais disposições contratuais, são obrigações do estipulante e/ou do subestipulante (se houver):
- Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
  - 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 ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
  - Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
  - Repassar os prêmios de seguro 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 avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;
  - 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, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante ou subestipulante (se houver).
- 23.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):
- Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
  - Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado;

- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

23.3. Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 18.1, alínea "b", da Cláusula 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante (se houver) às cominações legais.

23.4. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

- a) Nome completo;
- b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;
- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) Número de telefone e código de DDD, se houver;
- e) Profissão;
- f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
- g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

23.5. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo o nome do segurado, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato de seguro, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato do seguro para pagamento.

## 24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

---

24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

24.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

## 25. PRESCRIÇÃO

---

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

---

## 26. FORO

---

- 26.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 26.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## 27. DISPOSIÇÕES GERAIS

---

- 27.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 27.2. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de Seguros no Brasil e a legislação brasileira.
- 27.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 27.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 27.5. Este plano de seguro foi estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante (se houver).
- 27.6. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).



---

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

---

### COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS – DEC

---

#### 28. RISCOS COBERTOS

---

- 28.1. A presente cobertura garante a prestação de serviço ou o reembolso dos gastos funerários, limitado ao **valor de capital segurado contratado**, no caso de falecimento, por causas naturais ou acidentais, do segurado principal ou de seus dependentes **de acordo com o plano contrato**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as condições contratuais**.
- 28.2. O segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.
- 28.3. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.
- 28.4. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:
- Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
  - Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
  - O reembolso **das despesas com funeral** suportadas será efetuado até o limite do capital segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.
- 28.5. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:
- Não caberá qualquer tipo de reembolso;**
  - Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;
  - Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado;**
  - Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A seguradora enviará um representante que:**
    - Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
      - Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município;
      - Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
      - Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.
    - Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora de moradia habitual no Brasil:**
      - Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
      - Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

**d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**

i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

**d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**

i. Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município providenciado pela família, que arcará com a diferença de valores, considerando como limite os que a seguradora despenderia para o traslado para a moradia habitual do segurado no Brasil.

Em caso de morte violenta (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas àquelas causadas em decorrência de desastre, suicídio ou homicídio, dentre outras causas consideradas violentas), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal – IML para liberação do corpo.

**Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura, limitado ao capital segurado e aos valores efetivamente gastos.**

**28.6.** Entende-se por “despesa com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- a) Uma/caixão;
- b) Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- c) Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- d) Serviço assistencial;
- e) Registro de óbito;
- f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- h) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- i) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- j) Paramentos (essa);
- k) Mesa de condolências;
- l) Velas;
- m) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- n) Vêu; e
- o) Um enfeite e uma coroa.

**28.7.** Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

28.8. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

28.9. **Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**

28.9.1. **Nas localidades onde o serviço de cremação não exista, a indenização será em forma de reembolso.**

28.10. **Sepultamento:** sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

28.10.1. Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.

28.11. **Traslado:** traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite do capital segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**

b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.

b) A seguradora ficará isenta da responsabilidade de prestar o serviço, caso haja recusa da família em efetuar o pagamento do(s) valor(es) excedente(s).

28.12. **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

## 29. RISCOS EXCLUÍDOS

29.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS TAMBÉM ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:**

**A) DESPESAS COM A COMPRA DE JAZIGO, TERRENOS E CARNEIROS.**

---

## 30. CAPITAL SEGURADO

---

- 30.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 30.2. Em qualquer hipótese, o capital segurado do dependente, para o plano familiar, será estabelecido nas condições contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.
- 30.3. Para o(s) filho(s) menor(es) de 14 (quatorze) anos a cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado contratado.

---

## 31. DATA DO EVENTO

---

- 31.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado principal e/ou segurado dependente, comprovada mediante Certidão de Óbito.

---

## 32. CARÊNCIA

---

- 32.1. O prazo de carência para esta cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.

---

## 33. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

---

- 33.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pagamento da capital segurado relativa ao funeral do segurado principal, referente a esta condição especial, extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.
- 33.1.1. No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal. No caso de filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, das condições gerais, também extinguirá a referida cobertura.

---

## 34. DISPOSIÇÕES GERAIS

---

- 34.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.
- 34.2. Em caso de divergência, prevalecerá o previsto nestas condições especiais.

---

## COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO – AJ

---

### 35. RISCOS COBERTOS

---

- 35.1. A presente cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, **garante o reembolso dos gastos com a aquisição de terreno, jazigo ou carneiro**, no caso de falecimento, por causas naturais ou acidentais, do segurado principal ou de seus dependentes **de acordo com o plano contratado, limitado ao valor de capital segurado contratado** ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as condições contratuais deste seguro**.
- 35.2. O reembolso será realizado uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.
- 35.3. Esta cobertura adicional somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura básica de Decessos – DEC.

### 36. CAPITAL SEGURADO

---

- 36.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

### 37. DATA DO EVENTO

---

- 37.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado principal e/ou segurado dependente, comprovada mediante Certidão de Óbito.

### 38. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

---

- 38.1. Esta cobertura abrange aquisição de jazigos, terrenos e carneiros dentro do território brasileiro.

### 39. CARÊNCIA

---

- 39.1. O prazo de carência para esta cobertura poderá ser de, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias e será definido nas condições contratuais.
- 39.2. Caso o segurado contrate o seguro somente com a cobertura básica de Decessos – DC e após o início de vigência opte por contratar a cobertura adicional de Aquisição de Jazigo – AJ, poderá ser aplicada a carência prevista no item acima, contados da data de inclusão da cobertura adicional, exceto para os casos decorrentes de acidente.

### 40. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

---

- 40.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pagamento da capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente esta cobertura adicional.

---

40.1.1. No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal.

40.1.2. No caso de filhos, a perda de uma das condições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, das condições gerais, também extinguirá a referida cobertura.

#### **41. BENEFICIÁRIOS**

---

41.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário, será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais.

#### **42. DISPOSIÇÕES GERAIS**

---

42.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura.

42.2. Em caso de divergência, prevalecerá o previsto nestas condições especiais.