

DECESSOS – taxa média

Condições Contratuais

Versão 6.0

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

MAPFRE Vida S.A. – CNPJ 54.484.753/0001-4901-38

Canal de Atendimento MAPFRE - WhatsApp: (11) 4004 0101

Central de Relacionamento aos Clientes: **0800 775 4545** - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

Assistência 24h: **0800 775 7196**

Sinistro: **0800 709 8432** - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.

SAC 24 horas: **0800 775 1000**

Atendimento em Libras 24 horas: <https://mapfre.emlibras.com/>

Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: **0800 775 5045**

Ouvidoria: **0800 775 1079** e para Deficientes Auditivos ou de Fala: **0800 775 7911**, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais. Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

ÍNDICE

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

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. GLOSSÁRIO

- 2.1. **Aceitação:** é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante, ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

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

- 2.3. **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, a incapacidade temporária 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 do conceito de Acidente Pessoal:**

- 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, conforme definido neste item do glossário.

-
- 2.4. Agravamento do Risco:** circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.
- 2.5. Apólice:** documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação do risco e da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo estipulante e subestipulante (se houver).
- 2.6. Atualização Monetária:** Aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice previamente estipulado.
- 2.7. Aviso de Sinistro:** comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência de um evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.
- 2.8. Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores das indenizações, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.9. Boa-fé:** Princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e 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.
- 2.10. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.11. 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.
- 2.12. Certificado Individual:** documento emitido para cada Segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.
- 2.13. Cobertura(s):** obrigações que a Seguradora assume quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os riscos expressamente excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.
- 2.14. Comoriência:** presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.15. Cônjuge/Companheiro(a):** pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoas 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.
- 2.16. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.
- 2.17. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.18. Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo plano de Seguro.

2.19. Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

2.20. Corretor de Seguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.21. Culpa Grave: conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.

2.22. Doença: toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.

2.23. Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta ou no Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.**

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

2.25. Endosso: documento emitido pela seguradora, durante a vigência do seguro, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre a Seguradora e o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.

2.26. Estipulante: pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.27. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a vigência do seguro.

2.28. 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.

2.29. 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.

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

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

- 2.32. Indenização:** valor máximo a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da cobertura(s) contratada(s).
- 2.33. IPCA:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.34. Liquidação do Sinistro:** pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.
- 2.35. 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.**
- 2.36. Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de Evento Coberto, o Segurado inadimplente terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.
- 2.37. Prêmio:** importância fixada na Apólice e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.
- 2.38. Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo ou a pessoa física interessada em aderir a este Seguro e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.
- 2.39. Proposta de Adesão:** documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, 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. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.40. Proposta de Contratação:** documento preenchido pelo proponente estipulante ou subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo 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. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.
- 2.41. 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.
- 2.42. Questionário de Avaliação do Risco:** formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.
- 2.43. 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 quaisquer prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).**

2.44.Regulação de Sinistro: procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

2.45.Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.

2.46.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.**

2.47.Risco Excluído: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.

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

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

2.50.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.

2.51.Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Vida S.A.

2.52.Sinistro: é a ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de vigência do seguro.

2.53.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.

2.54.Vigência do Seguro: é o período fixado para validade do contrato de seguro, durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

2.55.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:

- a) Individual:** Fica coberto somente o segurado principal;
- b) 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;
- c) 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;
- d) 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:

- A) DO USO DO MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES INCLUINDO EXPLOÇÃO 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 DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;**
- 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 E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;**
- 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. Não haverá Carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 6.8. Ocorrendo o Sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes
- 6.9. Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco

7. FRANQUIA

- 7.1. Não haverá franquia neste seguro.

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

- 8.1.1. A contratação ou alteração da apólice se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), e/ou pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.

8.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

- 8.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 19 - PERDA

DE DIREITOS.

- 8.1.3.** A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.
- 8.1.4.** A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.
- 8.1.5.** A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.
- 8.1.6.** A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.1.3, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.
- 8.1.7.** 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 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.
- 8.1.8.** A data de aceitação da Proposta será:
- I.** A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
 - II.** A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.1.3, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.
- 8.1.9.** Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

8.1.9.1. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

8.1.9.2. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

8.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL

- 8.2.1.** A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo proponente, seu representante legal e/ou por corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.
- 8.2.1.1.** O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.
- 8.2.2.** Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 19 - PERDA DE DIREITOS.
- 8.2.2.1.** A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.

8.2.2.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

8.2.2.3. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

a.1) nome completo;

a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;

a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;

a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;

a.5) número de telefone e código DDD;

a.6) estado civil;

a.7) profissão;

a.8) renda mensal; e

a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso

8.2.3. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

8.2.3.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

8.2.4. O pagamento antecipado do prêmio total ou parcial não caracterizará a aceitação da proposta.

8.2.5. A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, 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.

8.2.6. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 8.2.5, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido e terá novo início a partir da data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

8.2.7. A aceitação da Proposta de Adesão, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da Proposta.

8.2.7.1. A data de aceitação da Proposta será:

- **A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou**
- **A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.2.5, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.**

8.3. A recusado risco será comunicada pela seguradora ao Proponente ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.

- 8.4. 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.**
- 8.5. Com base nas declarações prestadas pelo Proponente na Proposta de Adesão ou Questionário de Avaliação do Risco, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa da Proposta.
- 8.6. **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.
- 9.3. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não-cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.
- 9.3.1. Em caso de “morte violenta” a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo. Entende-se por “morte violenta” aquela que não é motivada por doença, mas a causada por desastre, suicídio ou homicídio),
- 9.4. Caso não seja identificado Beneficiário ou dependente do Segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o Capital Segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional Para Calamidades Públicas, Proteção E Defesa Civil (FUNCAP).

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 pode ser superior 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 do questionário de avaliação do risco, 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 E JUROS MORATÓRIOS.

- 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.** O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Anual ou Mensal), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.
- 12.2.** O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.
- 12.3.** Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.
- 12.4.** Se o Segurado, seu representante, ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (Anual ou Mensal, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 10.3, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.
- 12.5.** A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.
- 12.6.** Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

12.7. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

12.8. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.

12.9. Durante a vigência da Apólice, o Segurado poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

12.10. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

12.11. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 19 – PERDA DE DIREITOS.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

13.1. Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 90 (noventa) dias.

13.2. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

13.3. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

13.4. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

13.5. 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.

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 E JUROS MORATÓRIOS

- 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:
- a) 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;
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
- c) 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 1,0% (UM 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) **No final do prazo de vigência da Apólice ou do Certificado, se estes não forem renovados, respeitando o Prêmio do seguro efetivamente pago;**
- c) **Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;**
- d) **A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes;**
- e) **Automaticamente, com o pagamento da indenização, quando as Condições Especiais da Cobertura correspondente estabelecerem o cancelamento do Contrato de Seguro;**
- f) **Quando o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), deixar de pagar o prêmio do seguro, conforme Cláusula 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;**
- g) **Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;**
- h) **Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados;**
- i) **Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
- j) **Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS;**
- k) **No caso de contratação de plano Familiar, o cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização deste seguro no caso separação judicial ou fim da união estável com o segurado principal;**
- l) **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. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

- 19.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.**

19.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

19.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

19.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

19.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

19.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

19.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

A) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

ii) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

B) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

i) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou

ii) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada

C) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

19.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

19.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

- 19.2.1. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;
- 19.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro;
- 19.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:
- m) 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;
 - n) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
 - o) 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;
 - p) 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 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 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. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 21.1.1. Em caso de Sinistro coberto pelo seguro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente o evento à Seguradora por meio da Central de Atendimento ou outro meio que a Seguradora disponibilize e estabeleça no Certificado Individual, fornecendo juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).
- 21.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.
- 21.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para

concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

21.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.1.5. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

21.1.6. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

21.1.7. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

21.1.8. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

21.1.9. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e Liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

21.1.10. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

21.1.11. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

21.1.12. A Regulação e a Liquidação do Sinistro serão realizadas simultaneamente quando possível.

21.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

- q) Cópia da Certidão de Óbito do segurado principal ou segurado dependente;
- r) Cópia do RG e CPF do segurado principal e/ou segurado dependente que sofreu o sinistro;
- s) 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.

21.2.2. 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.

21.2.3. 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).

21.2.4. 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.

21.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.3.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro a Seguradora providenciará a prestação do serviço ou reembolso ou o pagamento do Capital Segurado conforme cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

21.3.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

21.3.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora todos os documentos previstos na Cláusula 21.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

21.3.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.

21.3.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da

indenização no prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

- 21.3.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**
- 21.3.7. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.**
- 21.4. 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.**
- 21.5. 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.**
- 21.6. 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.**
- 21.7. 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.**
- 21.8. 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.**
- 21.9. 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.**
- 21.10. 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.**
- 21.11. 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.**
- 21.12. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando está com os custos relativos a seus**

honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

- 21.13.** 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.
- 21.14.** 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.**
- 21.15.** 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.
- 21.16.** 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.
- 21.17.** 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.
- 21.18.** 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.
- 21.19.** 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 E JUROS MORATÓRIOS.
- 21.20.** 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.
- 21.21.** 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.
- 21.22.** 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):**
- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;
 - b) 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;
 - c) Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
 - d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - e) Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - g) 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;
 - h) 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;
 - i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;
 - j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
 - l) 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):**
- m) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
 - n) 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;
 - o) 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;
 - p) 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 contributários, 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:**
- q) Nome completo;
 - r) 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;
- s) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
 - t) Número de telefone e código de DDD, se houver;
 - u) Profissão;
 - v) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
 - w) 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.
- 23.6.** O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.
- 23.7.** O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.
- 23.8.** Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a Seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

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.
- 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.

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 produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

-
- 27.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no site www.susep.gov.br.
- 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 protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo como número de processo constante na Proposta e no Certificado Individual.

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:**
 - a.1) 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.
 - a.2) 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.

a.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.

a.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.
- ii. 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.
- iii. 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) Urna/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.

c) **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 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 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 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 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.