

Seguro de Decessos e Auxílio Funeral – taxa média

Condições Contratuais

Versão 4.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.001639/2011-89

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO COLETIVO DE DECESSOS E AUXÍLIO FUNERAL – TAXA MÉDIA – versão 4.0

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio pela Seguradora, o pagamento de uma indenização ao Beneficiário limitado ao Capital Segurado contratado, durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos, as hipóteses de perda do direito e as demais condições contratuais.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se, neste conceito:

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

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a) **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) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal;**
- c) **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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **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”.**

2.2. Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, nos termos da regulamentação específica, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

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

2.4. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do Capital Segurado/ou Cobertura e/ou Indenização, respeitada a Cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

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

2.6. Carência: período de tempo, 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 segurado e/ou beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto/sinistro.

2.7. Certificado Individual: documento emitido pela seguradora, no seguro coletivo, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

2.8. Cobertura: obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado 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.

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

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

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

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

2.13. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s), do estipulante e/ou subestipulante (se houver).

2.14. Conjugação: é a contratação de mais de uma cobertura securitária constante no presente instrumento.

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

2.16. Corretor: intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os segurados,**

seguradoras e os beneficiários, pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência, no exercício da profissão.

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

2.18. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o Proponente presta as informações e declarações relacionadas às suas condições de saúde e/ou de atividades exercidas, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e na regulação de Evento Coberto.

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

2.20. Endosso: documento, emitido pela Seguradora, durante a vigência do seguro, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.

2.21. Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor..

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

2.23. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional da apólice, em determinado período.

2.24. 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.

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

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

2.27. Indenização: valor máximo a ser pago ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, limitado ao valor do Capital Segurado individual da Cobertura contratada.

2.28. Médico/Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo 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.**

2.29. Período de Vigência: período durante o qual está em vigor o contrato de seguro.

2.30. Prêmio: importância paga pelo segurado à seguradora para que esta assuma o risco a que o segurado está exposto.

2.31. Premoriência: morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

2.32. Proponente: pessoa física ou jurídica interessada em contratar o seguro ou a cobertura ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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

2.34. Proposta de Contratação: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) e manifesta pleno conhecimento das condições contratuais.

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

2.36. 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 os Capitais Segurados decorrentes dos eventos ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante ou ao subestipulante.

2.37. Regulação de Sinistro: conjunto dos procedimentos realizados pela Seguradora na ocorrência de um Sinistro para apuração de suas causas, circunstâncias e valores envolvidos com vistas à caracterização do risco ocorrido e sem enquadramento no seguro.

2.38. 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.

2.39. Riscos Excluídos: eventos indicados nas Condições Contratuais do seguro como riscos não cobertos. Ou seja, em caso de ocorrência não haverá indenização por parte da Seguradora.

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

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

2.42. Segurado Principal: é o segurado que possui vínculo com o estipulante e/ou subestipulante (se houver).

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

2.44. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

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

2.46. Traslado: transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

2.47. Vigência do Seguro: período fixado para validade do contrato de seguro.

2.48. Vigência Individual: período de tempo fixado no Certificado Individual em que o Segurado permanece garantido pelo Seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. É facultado ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das Coberturas do seguro, aplicáveis a todo o Grupo Segurado respeitando as regras de Conjugação dos planos indicadas nesta cláusula. **O conjunto das Coberturas contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica relacionada abaixo:**

3.1.1. Cobertura Básica

- a) Decessos
- b) Auxílio Funeral

3.1.2. Cobertura Adicional

- a) Aquisição de Jazigo

(*) A Cobertura adicional de Aquisição de Jazigo somente poderá ser contratada, em conjunto com a Cobertura de Decessos e/ou Auxílio Funeral.

3.1.3. Cobertura Suplementar

- a) Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a)
- b) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a)
- c) Inclusão Automática de Filhos
- d) Inclusão Automática de Pais
- e) Inclusão Automática de Pais e Sogros

3.2. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:

- a) **Individual:** Está coberto pelo seguro somente o segurado titular;
- b) **Familiar I:** Estão cobertos pelo seguro o segurado titular e seus dependentes, devidamente incluídos no seguro.
- 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.**

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

3.2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral.

3.2.3. 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 e/ou subestipulante por meio empregatício ou associativo. Nesse caso a adesão apenas poderá ocorrer na condição de segurados principais.

3.3. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice.

3.4. A definição de cada uma das Coberturas mencionadas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos, Capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas Cláusulas abaixo.

3.5. COBERTURA BÁSICA DE DECESSOS

3.5.1. Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação, respeitando o limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato, em caso de falecimento do segurado titular ou dependente designado no seguro.

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

3.5.2. Caso o beneficiário escolha o reembolso este fica limitado ao valor da Nota Fiscal, respeitando o capital segurado.

3.5.3. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos (essa);
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite e uma coroa.

3.6. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

3.6.1. Garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na Cobertura de Decessos ao beneficiário responsável pela aquisição, designado

pelo segurado na proposta de adesão, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais, **respeitando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.**

3.6.2. No plano familiar I, além do segurado, esta cobertura é concedida ao cônjuge e filhos. No plano familiar II, além do segurado, cônjuge e filhos, esta cobertura é concedida aos pais do segurado. E, no plano familiar III, esta cobertura é concedida também aos sogros do segurado. No caso de falecimento do cônjuge, filho, pais ou sogros, maior de 14 (quatorze) anos, a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na Cobertura de Decessos ao próprio segurado.

3.6.3. Esta indenização será paga de uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

3.7. COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO FUNERAL

3.7.1. Garante o pagamento do capital segurado pré-estabelecido em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, **respeitando-se os riscos excluídos previstos nas Condições Gerais.**

3.8. COBERTURA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

3.8.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de seu cônjuge ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.8.2. A cláusula de cônjuge poderá ser contratada nas formas automática ou facultativa, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.9. COBERTURA SUPLEMENTAR DE FILHOS

3.9.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.9.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral.

3.10. COBERTURA SUPLEMENTAR DE PAIS

3.10.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de seus pais ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.10.2. A cláusula de pais poderá ser contratada na forma automática, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.11. COBERTURA SUPLEMENTAR DE PAIS E SOGROS

3.11.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de seus pais e sogros ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.

3.11.2. A cláusula de pais e sogros poderá ser contratada na forma automática, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTÍNUA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR PRESCRITOS POR MÉDICOS CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE;**
- D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DA SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
- E) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, OU NAQUELES CUJO BENEFICIÁRIO SEJA UMA PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
- F) DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;**
- G) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES EM CONSEQUÊNCIA DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, DE TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**
- H) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;**

- I) DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, E A DOENÇA COMUMENTE CHAMADA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA), 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 PESSOAL COBERTO;
- J) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- K) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
- L) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;
- M) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO;
- N) EPIDEMIAS, PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- O) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
- P) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
- Q) DE 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;
- R) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - a. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO EM VIGOR DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO;
 - b. DIRIGIDOS POR PILOTOS, INCLUSIVE O SEGURADO, NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - c. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES OU QUE NÃO ESTEJAM PRESTANDO SERVIÇO MILITAR.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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. ALCANCE DA COBERTURA

5.1. O objetivo da Cobertura de Decessos é a **prestação do serviço funeral** ou o **reembolso das despesas com funeral e/ou pagamento de um capital** para fins de sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente incluídos no mesmo.

5.2. O objetivo da Cobertura de Auxílio Funeral é o pagamento de um capital segurado pré-estabelecido em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro.

5.3. O objetivo da Cobertura de Jazigo é o pagamento de um capital para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro.

5.4. Os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação do serviço de Funeral pela seguradora recebendo, neste caso, o reembolso da despesa com o funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado, limitado aos valores da Nota Fiscal.

5.4.1. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora efetuará o reembolso das despesas, observados o valor descrito na Nota Fiscal e o limite do capital segurado contrato e indicado nas condições contratuais.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. A cobertura deste seguro abrange a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual no Brasil.

6.1.1. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

7. CARÊNCIA

7.1. O período de carência, para o pagamento do reembolso de despesas com funeral, ou para a prestação do serviço de assistência, será de 30 (trinta) dias.

7.2. Adotada a carência do item anterior, ao estipulante e ao segurado fica assegurada a prorrogação automática de sua inclusão no seguro por período correspondente à carência fixada, desde que o segurado mantenha o vínculo com o estipulante.

7.3. Haverá carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado de seguro individual.

7.4. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura individual de cada Segurado ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de Cobertura.

7.5. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

7.6. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

7.7. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

8. FRANQUIA

8.1. A Franquia de cada Cobertura, quando aplicada, estará prevista na Condição Especial da respectiva Cobertura, sendo também definida na Proposta de Contratação e na Proposta de Adesão.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Estipulante, e pelo Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

9.2. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.

9.2.1. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar o risco. A constatação de omissões, declarações inexatas, ou circunstâncias que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do Prêmio do seguro, poderá implicar na perda do direito à Indenização, além da obrigação ao pagamento do Prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de rescindir o contrato ou a cobrar a diferença do Prêmio, mesmo após a caracterização do Evento Coberto.

9.2.2. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada da Declaração Pessoal de Saúde e/ou Atividade (ou prova de saúde e/ou atividades), podendo ser compulsória ou facultativa.

9.3. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.4. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

9.4.1. Caso o Proponente seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item anterior, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

9.5. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde **e com idade conforme definido no contrato de seguro.**

9.6. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante e/ou subestipulante (se houver) ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.7. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 9.3, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.8. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.

9.9. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, pelo critério “Pro Rata Temporis” correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição.

9.9.1. No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

9.10. Durante o período compreendido entre a data da recepção da Proposta de Adesão com adiantamento do Prêmio e a data da formalização da recusa do risco, haverá cobertura pelo seguro.

9.11. A aceitação da adesão individual, 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 15 (quinze) dias, a partir da aceitação da proposta.

9.12. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.12.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante. A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.4 e subitem 9.4.1 desta cláusula.

9.13. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

9.14. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

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

9.16. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. O início e término de Vigência do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice, nos certificados e Endossos.

10.2. O prazo de Vigência do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro, Certificado Individual e também na Apólice, quando couber.

10.3 A apólice poderá ser renovada automaticamente por período igual ao contratado inicialmente, uma única vez, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias do término da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

- 10.3.1** A renovação da Apólice para os demais períodos de vigência não será automática e ocorrerá mediante Proposta de Contratação, assinada entre as partes, Seguradora e Estipulante e/ou Subestipulante.
- 10.3.2** Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o Segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao Estipulante/Subestipulante, para que este comunique a Seguradora.
- 10.4 A Apólice não será renovada caso o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) não aceitem as condições de reavaliação propostas pela Seguradora, para a manutenção do seguro.**
- 10.4.1** Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.
- 10.5 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.**
- 10.6.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.
- 10.7.** Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 11.1.** A vigência da Cobertura individual de cada Segurado, desde que o Proponente seja aceito no seguro, terá seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas estabelecidas e indicadas no Certificado Individual do seguro.
- 11.1.1.** Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas **com o pagamento antecipado, total ou parcial, do valor do Prêmio**, a vigência da Cobertura individual terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.1.2.** Nos contratos cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento antecipado de prêmio, a vigência da cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.
- 11.2.** A vigência individual será renovada automaticamente, uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto na Cláusula 10 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.
- 11.3.** Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada ou cancelada, conforme previsto nas Condições Contratuais.
- 11.4.** Nas emissões e em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.

12.2. 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.

12.3. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não pode ser superior ao do segurado principal.

12.3.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

12.4. No que tange a Cobertura de Decessos, **o reembolso está condicionado à apresentação da Nota Fiscal e limita-se ao valor máximo do capital segurado contratado.**

12.5. Para os segurados menores de 14 (quatorze) anos, o valor da cobertura com o serviço funerário será equivalente ao valor total das despesas com este serviço, limitado ao capital segurado contratado.

12.6. 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 no contrato de seguro e/ou em caso de renovação. Se forem aceitos pela seguradora, a vigência dos novos capitais segurados terá início no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão e a declaração pessoal de saúde e/ou atividade, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos aplicável sobre a diferença entre o capital segurado anterior e o novo capital, para a hipótese de suicídio ou sua tentativa.

12.7. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na Cláusula 13 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS ou qualquer outro índice que, por disposição legal venha a substituí-lo.

12.8. O estipulante fica ciente de que, para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em 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.

12.9. 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, fica a seguradora apenas obrigada a indenizar o valor do capital segurado contratado.

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

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

13.1. 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.

13.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base 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.

13.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 13.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

13.2.1 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.

13.2.2. Os valores referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados monetariamente.

13.2.3. As atualizações de capitais segurados se aplicarão 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 componentes ativos.

13.2.4 A atualização monetária será efetuada com base na variação 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.

13.2.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, até a data da ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, desde a data da última atualização do prêmio.

13.3. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado ou do prêmio de seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescida de multa de 2% (dois por cento) ao ano e de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados desde a data do evento coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do prêmio). Nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13.4. Os valores referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados monetariamente.

13.5. 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 devidos.

13.6. Sujeitam-se à atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou no caso de sua extinção, falta ou proibição o IGP-M/FGV, sendo calculado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação:

13.6.1. Os valores devidos a título de devolução de prêmios 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 recebimento do respectivo prêmio

13.6.2. O valor devido a título de indenização 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.**

13.7. Os juros moratórios serão equivalentes aos praticados no mercado financeiro.

14. PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. A periodicidade de pagamento de prêmio poderá ser em parcela única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual. A opção de periodicidade será conforme definida no contrato de seguro.

14.2. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida em contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do seguro.

14.3. A forma de pagamento do prêmio será estabelecida no certificado individual, obedecendo as opções disponibilizadas pela seguradora e a escolha do segurado, e deverá ser pago obrigatoriamente por meio de rede bancária ou outras formas admitidas em Lei.

14.4. A data-limite para pagamento do prêmio será a data de pagamento expressa no respectivo documento de cobrança.

14.5. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja a suspensão de suas coberturas e sem acréscimo de valor.

14.6. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto na Cláusula 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO e 18 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, destas Condições Gerais.

14.7. Se o estipulante e/ou subestipulante (se houver) deixar de repassar à seguradora, respeitado os prazos contratualmente estabelecidos, os prêmios recolhidos dos segurados, poderá ocorrer o cancelamento do seguro, à critério da seguradora ficando o estipulante e/ou subestipulante sujeito à cominações legais.

14.7.1. O Estipulante e/ou subestipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora.

14.8. Fica entendido e ajustado que, nos seguros pagos em parcela única, qualquer indenização por força do presente contrato somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado, o que deverá ser feito no máximo até a data-limite prevista para este fim no documento de cobrança.

14.9. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto na Cláusula 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas Condições Gerais.

14.10. Como o plano é estruturado em regime financeiro de repartição, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXA

15.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará, as condições e prêmios de seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente.

15.2. Em caso de alteração de taxas, realizadas durante a vigência da apólice, esta deverá ser realizada por endosso e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

16.1. O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida em contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.

16.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela posterior a primeira, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de inadimplência não terão cobertura.

16.3. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela, sendo vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão.

16.4. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

17. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

17.2. A cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:

- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante (se houver);
- Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo Segurado;
- Quando o segurado, estipulante ou subestipulante, se houver, deixar de pagar o prêmio do seguro;
- Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na cláusula 18 – CANCELAMENTO DA APÓLICE;
- Com a indenização decorrente do falecimento do segurado principal;

- Com o cancelamento a pedido da Seguradora, desde que o aviso seja feito com 60 (sessenta) dias de antecedência
- Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio de seguro efetivamente pago;
- Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo Segurado, devidamente comprovados; e
- Imediatamente se constado uma das hipóteses previstas na cláusula 23 – PERDA DE DIREITOS.

18. CANCELAMENTO DA APÓLICE

18.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido na Cláusula 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenham sido quitadas as respectivas parcelas do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

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

- a) que mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado e respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;
 - a.1) No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:
 - i. A Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - ii. Quando adotado o fracionamento do Prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o Prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	340/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

- b) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- c) Pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto na cláusula 16 – **SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA** destas Condições Gerais;
- d) Na hipótese do estipulante e/ou subestipulante, segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda se restar constatado que tiveram o fim de obter ou majorar a Indenização;
- e) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na cláusula 23 – **PERDA DE DIREITOS**; e
- g) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/condições das Condições Contratuais da Apólice.

18.3. Em caso de extinção antecipada da obrigação, o seguro estará automaticamente cancelado, devendo a Seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do Prêmio pago referente ao período a decorrer.

18.4. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

19.1. Para utilizar a Cobertura de Decessos, o segurado, ou seus familiares, contará(ão) com a Assistência 24 Horas, que pode ser acessada pelos telefones constantes nos documentos encaminhados ao(s) segurado(s).

20. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

20.1. A família poderá acionar a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

- a) **Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
 - Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto 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 a documentação à família e posicionando-a a respeito das providências tomadas;
- b) **Em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
 - Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto 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 e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - Retornará ao local de origem, entregando a documentação à família e posicionando-a a respeito das providências tomadas;
- c) **Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município**

de moradia habitual no Brasil:

- Tomará todas as providências, arcando inclusive com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento; e

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

- Prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
- O traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

21. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

21.1. 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.

Parágrafo único: Em caso de “**morte violenta**” (entende-se por “morte violenta” aquela que não é motivada por doença, mas a causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.

22. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

22.1. A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, **limitados ao capital segurado.**

22.2. Se o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital segurado individual contratado.

22.3. A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo segurado, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital segurado contratado.

23. PERDA DE DIREITOS

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

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

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

I – Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:

- a) Ao cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**

II – Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, mediante o recebimento do prêmio devido, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

III – Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença do Prêmio devido.

23.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, pelo segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante (se houver), seu(s) preposto(s), corretor e seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is), na prática dos seguintes casos:

- a) Utilização de declarações falsas, simulação acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;**
- b) Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- c) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.**

23.4. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, de todo e qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que o segurado silenciou de má-fé, conforme legislação em vigor.

- a) A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, manter o seguro, restringindo a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- b) O cancelamento do contrato de seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, quando houver, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

23.5. Entre outras ocorrências, também caracteriza a alteração de risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração pessoal de saúde e/ou atividade.

24. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

24.2. O(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) encaminhar os documentos abaixo relacionados.

- **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- **RG/RNE e CPF do segurado (cópias autenticadas);**
- **RG/RNE e CPF do beneficiário (cópias autenticadas);**
- **RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas), bem como os dados bancários para reembolso; e**
- **Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).**

No caso do falecimento do cônjuge ou companheiro(a), e sogros, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

No caso de falecimento dos filhos, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

24.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso dos gastos com serviços funerários.

24.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juro de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.

24.3.2. A atualização será efetuada com base na variação 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.

24.3.3. O pagamento dos 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.

24.4. Para a Cobertura de Decessos o valor a ser reembolsado aos beneficiários será igual ao valor da Nota Fiscal, limitado ao valor do capital segurado respectivo vigente na data do evento. Para as coberturas cujo a indenização não é feito por reembolso, a indenização será igual ao capital segurado contratado.

24.5. Havendo comprovação de má-fé ou fraude, o beneficiário deverá reembolsar à seguradora todo o valor correspondente às despesas gastas com o funeral do segurado.

24.6. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

24.7. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

24.8. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato aos beneficiários por escrito no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término

da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

24.9. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários à apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

24.10. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

24.11. As providências ou os atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

24.12. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

25. BENEFICIÁRIOS

25.1. Para a cobertura de Decessos, 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.

25.1.1. 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.

25.2. Para as demais coberturas, a indenização será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.

25.2.1. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

25.2.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

25.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora de formulário, devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.

25.2.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade no 1º (primeiro) dia útil subsequente à data de protocolo da solicitação devidamente assinada pelo segurado na seguradora.

25.2.1.1. Em caso de não recebimento da formalização de alteração de beneficiário devidamente assinada pelo segurado, a seguradora aplicará a distribuição do capital segurado conforme a indicação imediatamente anterior.

25.3. Para efeito desse seguro, será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.

25.4. Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado.

25.5. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no Contrato de Seguro antes do óbito do Segurado (Premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo Segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

25.6. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários indicados, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (Comoriência), o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais, nos termos do código civil vigente.

25.7. Em caso de indicação de Beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do Segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), o Capital Segurado será pago conforme disposto no código civil brasileiro.

25.8. Não será admitida a indicação ou substituição de Beneficiário por procuração ou por termo de curatela.

26. CONDIÇÕES PARA VALIDADE

26.1. As comunicações dos segurados e estipulante somente serão válidas quando forem feitas por escrito e dirigidas à seguradora.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros em nome do segurado ou estipulante surtirão os mesmos efeitos que se fossem realizadas por estes, exceto se houver expressa indicação em contrário de sua parte.

26.3. As comunicações da seguradora aos segurados ou estipulante serão consideradas válidas quando forem dirigidas ao último domicílio deste conhecido pela seguradora, ou então quando forem dirigidas ao corretor do seguro, encaminhadas ao seu escritório.

27. GARANTIA DE PERMANÊNCIA

27.1. Os segurados poderão destituir o estipulante, que por motivo de falência, liquidação judicial ou extrajudicial, dissolução, renúncia ou má gestão do seguro, deixar de cumprir as obrigações assumidas com a seguradora. Neste caso, será garantido aos segurados o direito de permanecer no seguro, desde que cada um, daí por diante, se relacione diretamente com a seguradora.

28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

28.1. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nas Condições Gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante e/ou subestipulante (se houver):

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a **análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;**
- b) Manter a seguradora informada a respeito **dos dados cadastrais** do(s) segurado(s), 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;
- 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); e**
- m) Cumprir todas as cláusulas e **Condições Contratuais.**

28.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao Estipulante e ao Subestipulante (se houver):

- a) **Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;**
- b) **Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;**
- c) **Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e**
- d) **Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.**

28.3. O não repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro e sujeita o Estipulante ou Subestipulante (se houver) às cominações legais.

28.4. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

28.5. 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:

28.5.1. Pessoa física:

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

28.5.2. Pessoa jurídica:

- a) Razão social;
- b) Número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ), ou registro equivalente para as empresas isentas do CNPJ;
- c) endereço completo da sede (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) as informações do subitem 23.4.1. para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores; e
- e) as informações do subitem 23.4.1. para beneficiários finais.

29. REGIME FINANCEIRO

29.1. Este plano está estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto, não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada Segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro. Sendo assim, **não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.**

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO E PROPAGANDA

30.1. As peças promocionais e de propaganda referente a divulgação do seguro por parte do corretor de seguros, Estipulante/Subestipulante deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e especiais e a nota técnica atuarial. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada, por escrito.

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

31. PRESCRIÇÃO

31.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

32. FORO

32.1. Fica eleito o Foro da comarca de Domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato.

32.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de Foro diverso do previsto no item acima.

33. DISPOSIÇÕES GERAIS

33.1. Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

33.2. a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

33.3. o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

33.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

33.5 As Condições Contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante do Certificado Individual do seguro e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br

33.6. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

33.7. Qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previstos nestas Condições Gerais, dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

33.8. Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

CONDIÇÃO ESPECIAL

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais**.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao cônjuge/companheiro(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal e vigentes no momento da contratação, **observadas as condições contratuais**.

2.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge ou companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.

2.3. Participarão do presente seguro automaticamente o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal.

2.4. Poderá ser aceito como segurado dependente, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais

2.5. Para a inclusão do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

2.6. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) incluído(a) automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para esta cobertura, considera-se para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista nas coberturas contratadas pelo segurado principal.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido em cada cobertura contratada pelo segurado principal.

7. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

7.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 17 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 18 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
- b) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
- c) Dissolução da união estável;
- d) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a).

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. Nas demais cobertura que possa existir, beneficiário será o segurado principal.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação solicitada em cada cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos 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 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).

10.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento do Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na CLÁUSULA 24 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IFC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal mediante solicitação na proposta de adesão, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais**.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao cônjuge/companheiro(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal e vigentes no momento da contratação, **observada as condições contratuais**.

2.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge/companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.

2.3. Participarão do presente seguro o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que expressamente autorizar/solicitar sua inclusão de forma facultativa.

2.4. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

2.5. Poderá ser aceito como segurado, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais.

2.6. Para a aceitação do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.

2.7. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) facultativo e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com as condições especiais de cada cobertura contratada.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições especiais de cada cobertura contratada.

7. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

- 7.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
- Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
 - Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge/companheiro(a) será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado principal.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 16 – **SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA**, 17 – **CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL** e 18 – **CANCELAMENTO DA APÓLICE** das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
- b) Na ocorrência de separação judicial, de fato ou divórcio;
- c) Dissolução da união estável;
- d) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a).

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. Nas demais cobertura que possa existir, beneficiário será o segurado principal.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos 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 companheiro(a), enviar Escritura 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).

10.2 As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento do Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na CLÁUSULA 24 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) do seguro, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, **respeitadas as condições contratuais**.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, também se aplica à presente cobertura, a seguinte definição:

Filho(s): entende-se como “filho(s)” o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda - IR:

- 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 ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

3. RISCOS COBERTOS

3.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(à) filho(a) as mesmas coberturas contratadas pelo segurado principal, desde que no momento da contratação estejam vigentes, **observada as condições contratuais**.

3.1.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos.

3.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

3.3. Participarão automaticamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.

3.4. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.

3.5. Esta cobertura suplementar fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de filho(s) – IAF.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. O capital segurado da cobertura dos filhos será definido no contrato e não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para segurado principal.

6. DATA DO EVENTO

6.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com cada cobertura contratada pelo segurado principal.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições de cada cobertura contratada pelo segurado principal.

8. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

8.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

9. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

9.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 17 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 18 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, desta condição especial;

Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s), com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença.

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:

- a) O segurado principal para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
- b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas ou, o próprio prestador de serviço.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos 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.

11.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento do Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na CLÁUSULA 24 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE PAIS

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) pais(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) do seguro, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, respeitadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(s) pai(s) a cobertura básica de morte contratada pelo segurado principal, desde que no momento da contratação esteja vigente, **observada as condições contratuais**.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado dos pais será definido no contrato e incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidas no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

5. DATA DO EVENTO

5.1. Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com cada cobertura contratada pelo segurado principal.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições de cada cobertura contratada pelo segurado principal.

7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) PAI(S)

7.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- Na data da inclusão da condição na Apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DOS PAIS

8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 17 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 18 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES, desta condição especial;**
- b) Com a morte do segurado principal ou do(s) pai(s), com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença.**

9. BENEFICIÁRIOS

9.4. 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.

9.5. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) pai(s).**

10.2. As demais regras para análise e Regulação de Sinistro relacionado a esta Cobertura, bem como para pagamento do Capital Segurado (se caracterizado o Evento Coberto) estão indicados na CLÁUSULA 24 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das Condições Gerais.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE PAIS E SOGROS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) pai(s) e sogro(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) do seguro, durante o período de vigência do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, respeitadas as condições contratuais.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(s) pai(s) e sogro(s) a cobertura básica de morte contratada pelo segurado principal, desde que no momento da contratação estejam vigentes, **observada as condições contratuais**.

2.2. Esta cobertura suplementar fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Pai(s) e Sogro(s).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O capital segurado do(s) pai(s) e sogro(s) e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado principal contratado para o segurado.

5. DATA DO EVENTO

5.1 Para esta cobertura, considera-se como data do evento coberto, para efeito de apuração e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto, de acordo com cada cobertura contratada pelo segurado principal.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições de cada cobertura contratada pelo segurado principal.

7. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

7.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
- Na data da inclusão da condição na Apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA DOS PAIS E SOGROS

8.1. O seguro dos pais e sogros terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado principal;
- Com a morte do segurado;
- Quando se tratar de sogro(s) na ocorrência de separação judicial ou de fato;
- Quando se tratar de sogro(s), em havendo o cancelamento do registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) cômoda condição de companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR); e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1. O beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas nas coberturas contratadas, mediante apresentação das notas fiscais originais, nos casos de solicitação de reembolso.

9.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação solicitada nas condições especiais de cada cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:

a) Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) pais e sogros.

11. DISPOSIÇÃO GERAL

11.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais do seguro que não tenham sido modificadas por estas Condições Especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE(S) TÉCNICO(S)

1. OBJETIVO

- 1.1. A presente condição tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das Condições Gerais, também se aplica à presente cobertura, a seguinte definição:

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em um determinado período.

3. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

- 3.1. Consideram-se como receitas para fins de apuração de excedente:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

- 3.2. Consideram-se “despesas mínimas, para fins de apuração do excedente”:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (pró labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- e) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- f) A reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
- g) O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
- h) Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- i) As despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições contratuais, sobre os prêmios efetivamente pagos da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
- j) Outras despesas extraordinárias.

4. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 4.1. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente:

- a) Prêmios e comissões, desde os respectivos pagamentos;
- b) Sinistros, desde a data do aviso;
- c) Despesas de administração, desde as datas em que incorreram
- d) Saldos negativos anteriores, ainda não compensados, desde a respectiva apuração;

e) Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

4.2. O excedente apurado será atualizado desde o término da vigência considerado até a data do respectivo pagamento, destinando-se aos Segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

5.1. O excedente técnico apurado será atribuído ao estipulante e/ou ao subestipulante até o limite de sua contribuição no pagamento dos prêmios da apólice; o eventual excesso será distribuído aos segurados pelo estipulante e/ou subestipulante.

6. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

6.1. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento por conta do excedente técnico a ser apurado.

6.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.

6.3. Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos ou taxas de competência dos contemplados, que por lei, a seguradora for obrigada a recolher.

6.4. As condições para o Pagamento do Excedente no caso de cancelamento do seguro serão realizadas conforme contrato de seguro entre a seguradora e o estipulante.

7. MODIFICAÇÕES NA CONDIÇÃO

7.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora, o estipulante e/ou o subestipulante, se houver, com a anuência de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado durante a vigência da apólice.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas Condições Especiais.