

**SEGURO DE VIDA E ACIDENTES
PESSOAIS – CONDOMÍNIO**

VERSÃO 1.0

Condições Gerais

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.003123/2006-10

ÍNDICE

Cláusula 1 - OBJETIVO DO SEGURO.....	5
Cláusula 2 - DEFINIÇÕES	5
Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	7
Cláusula 4 - COBERTURAS DO SEGURO	8
Cláusula 5 - EXCLUSÕES GERAIS.....	8
Cláusula 6 – GRUPO SEGURÁVEL.....	9
Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	10
Cláusula 8 – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	10
Cláusula 9 – VIGÊNCIA DO SEGURO.....	10
Cláusula 10 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO.....	11
Cláusula 11 – RENOVAÇÃO	13
Cláusula 12 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	13
Cláusula 13 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	14
Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO	16
Cláusula 15 – CAPITAL SEGURADO	17
Cláusula 16 – REINTEGRAÇÃO.....	19
Cláusula 17 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO	19
Cláusula 18 - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO	21
Cláusula 19 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	22
Cláusula 20 - RECUSA DE SINISTRO.....	23
Cláusula 21 - BENEFICIÁRIOS.....	23
Cláusula 22 – CANCELAMENTO DO SEGURO.....	23
Cláusula 23 - PERDA DE DIREITOS	24
Cláusula 24 - PRESCRIÇÃO.....	25
Cláusula 25 – FORO	25

Cláusula 26 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES	25
Cláusula 27 - DISPOSIÇÕES GERAIS	26
Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA.....	26
Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE.....	27
Cláusula 30 – COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE.....	28
Cláusula 31 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	28
Cláusula 32 – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA	31
Cláusula 33 - COBERTURA DE COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL POR LICENÇA MÉDICA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA.....	31
Cláusula 34 - COBERTURA DE PROTEÇÃO FINANCEIRA POR MORTE POR ACIDENTE PARA O CONDÔMINO SEGURADO	32
Regulamento do DEFENSOR DO SEGURADO	34
Artigo 1º – Da Constituição	34
Artigo 2º – Da Competência	34
Artigo 3º – Das Alçadas	34
Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	35
Artigo 5º – Do Mandato	35
Artigo 6º – Do Funcionamento	36
Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas	37
Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS	38

SEGURO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS – Condomínio – Versão 1.0

CONDIÇÕES GERAIS

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

Cláusula 1 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente contrato de seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou seus Beneficiários o pagamento de uma indenização, até o Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a sofrer um dos eventos cobertos especificados nas coberturas contratadas, observadas as condições contratuais deste seguro e conforme estipulado na Apólice/Certificado de Seguro.

Cláusula 2 - DEFINIÇÕES

APÓLICE

Instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos estabelecidos na mesma, que possam advir. A Apólice contém as cláusulas e Condições Gerais e, quando for o caso, as Especiais, Particulares e respectivos anexos do contrato de seguro.

BENEFICIÁRIO

Pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário pode ser determinado, quando indicado na Apólice/Certificado de Seguro, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo, definido para cada cobertura contratada, a ser pago ao Segurado ou a seus beneficiários, na ocorrência de evento coberto pela Apólice/Certificado de Seguro.

CARÊNCIA

Período de tempo em horas, dias ou meses durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

CERTIFICADO DE SEGURO

Nos seguros em grupo, é o documento expedido pela Seguradora provando a existência do seguro para cada indivíduo componente do grupo segurado e que contém os dados dos Segurados contratantes do seguro, coberturas, capitais segurados, franquias, vigência e todos os dados que identificam o risco. A cada alteração de dados, será emitido novo certificado substituindo o anterior.

CONDOMÍNIO SEGURADO

Conjunto de construções destinado ao desenvolvimento das atividades do Segurado, especificado na Apólice/Certificado de Seguro, incluindo as dependências anexas situadas no mesmo terreno, muros, telhados, instalações fixas de água, gás, eletricidade, calefação, refrigeração e energia solar.

CÔNJUGE

Denominação de companheiro.

DOENÇAS PREEXISTENTES

Doença de conhecimento do Segurado e não declarada na proposta de contratação.

ESTIPULANTE

Pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo de seguro, ficando investida de poderes de representação do Segurado, perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulação em vigor.

INDENIZAÇÃO

É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou beneficiário, em decorrência de um evento coberto por este seguro.

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA

É a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão causado por doença.

PRÊMIO

É a importância paga pelo Segurado à Seguradora em troca da transferência dos riscos a que ele está exposto e que constam na Apólice/Certificado de Seguro.

PROPOSTA

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

SEGURADO

Pessoa física ou jurídica que contrata o seguro e/ou está exposta aos riscos previstos nas coberturas indicadas na Apólice/Certificado de Seguro e definidos nestas Condições Gerais.

SEGURADORA

É a entidade emissora da Apólice/Certificado de Seguro que, mediante a cobrança de prêmio, assume a cobertura contratada pelo Segurado de acordo com as Condições Gerais do seguro.

SINISTRO

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

VIGÊNCIA

Prazo entre o início e o término do seguro.

Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

1. Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

I - Incluem-se neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

II - 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 conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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, definido acima.

Cláusula 4 - COBERTURAS DO SEGURO

1. As coberturas contratadas somente serão válidas quando estiverem **expressamente** indicadas na Apólice/Certificado de Seguro e respeitadas todas as condições estabelecidas nestas Condições Gerais.
2. Este seguro é composto das Coberturas Básicas, de contratação obrigatória, e de Coberturas Adicionais, de contratação opcional.
 - 2.1. O Segurado poderá optar, na contratação do seguro, por uma das **Coberturas Básicas** a seguir:
 - **Morte Qualquer Causa**; ou
 - **Morte Acidental**
 - 2.2. O Segurado poderá ainda, na contratação do seguro, optar pela contratação das **Coberturas Adicionais** abaixo, não podendo contratá-las isoladamente:
 - **Indenização Especial de Morte por Acidente**
 - **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
 - **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença**
 - **Complementação Salarial por Licença Médica decorrente de Acidente ou Doença**
 - **Proteção Financeira por Morte por Acidente para o Condômino Segurado**

Cláusula 5 - EXCLUSÕES GERAIS

1. Não estarão cobertos pelo presente contrato de seguro as conseqüências diretas ou indiretas das seguintes ocorrências:
 - a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - b) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista,

cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

d) atos ilícitos dolosos ou culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoa jurídica esta cláusula estende-se aos sócios controladores, dirigentes e administradores;

e) atos reconhecidamente perigosos praticados pelo Segurado que não sejam justificados;

f) imprudência ou negligência do Segurado, assim declarado judicialmente, bem como de atos contrários à lei;

g) doenças preexistentes à contratação do seguro desencadeadas ou agravadas por acidente coberto, bem como por doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos; e

h) suicídio voluntário e premeditado ou sua tentativa ocorridos dentro do período de 2 (dois) anos a contar do início de vigência da Apólice/Certificado de Seguro ou da recondução do contrato depois de suspenso.

Cláusula 6 – GRUPO SEGURÁVEL

1. Poderão ser considerados Segurados, a pessoa física que contrata o seguro e/ou os funcionários/empregados que estiverem ativos, devidamente registrados e trabalhando no condomínio segurado, constantes da relação mensal de funcionários na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) do mês anterior ao do início de vigência do seguro, desde que preencham as condições de aceitação estabelecidas na Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO e que tenha residência habitual no Brasil.
2. Os funcionários que estiverem licenciados ou afastados do trabalho antes do início de vigência do seguro **NÃO ESTARÃO SEGURADOS**, mesmo quando do retorno às suas atividades no trabalho, exceto se a Seguradora aceitar expressamente estes funcionários, estabelecendo condições particulares para a aceitação.

- Os funcionários admitidos durante o período de vigência da Apólice poderão ser incluídos neste seguro, mediante pagamento adicional de prêmio, a partir do primeiro dia do mês subsequente à data de admissão pelo Condomínio Segurado, desde que preencham as condições de aceitação estabelecidas na Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.

Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

- A forma de contratação simplificada deste seguro, sem declaração pessoal de saúde dos componentes do Grupo Segurável, pressupõe a responsabilidade do Condomínio Segurado pelas informações sobre o enquadramento de cada componente, nas seguintes condições:
I – Funcionários/empregados:
 - estar em plenas condições de saúde;
 - estar em plena atividade profissional;
 - possuir menos de 65 (sessenta e cinco) anos de idade; e
 - constar na Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS).
- Os segurados perderão o direito à indenização prevista para a garantia de Morte por Qualquer Causa e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença caso sejam portadores de doenças graves ou moléstias preexistentes à data do início de vigência do seguro ou à data da contratação do funcionário, quando esta for posterior ao início de vigência do seguro, das quais os segurados tiverem conhecimento àquela data.
- Não poderão contratar este seguro:**
 - peessoas legalmente incapacitadas; e**
 - peessoas com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos completos ou inferior a 21 (vinte e um) anos completos.**
- As pessoas afetadas por alguma lesão, enfermidade crônica ou deficiência física ou psíquica deverão indicar na Proposta de Seguro o tipo e o grau de deficiência e, somente serão seguradas, se a Seguradora aceitar expressamente o risco, estabelecendo condições particulares para tal fato.**

Cláusula 8 – ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

As coberturas contratadas nesta Apólice/Certificado de Seguro aplicam-se para os eventos ocorridos em todo território brasileiro.

Cláusula 9 – VIGÊNCIA DO SEGURO

- O início e o término de vigência do seguro dar-se-ão às 24 (vinte e quatro)

horas das respectivas datas indicadas na Apólice/Certificado de Seguro.

2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta, ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.
3. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.
 - 3.1. Em caso de recusa da proposta dentro dos prazos previstos na Cláusula 10 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, a cobertura de seguro prevalecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Segurado, seu representante legal ou o corretor de seguros tiver conhecimento formal da recusa.
 - 3.2. O valor pago deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido a parcela correspondente ao período “pró rata temporis” em que tiver prevalecido a cobertura.

4. Vigência da cobertura de cada funcionário/empregado

O início de vigência das garantias de cada funcionário/empregado segurado dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data indicada na Apólice/Certificado de Seguro para tal fim, ou a partir do primeiro dia do mês subsequente à data de sua inclusão no seguro, quando esta for posterior ao início de vigência do seguro, e cessará quando não houver mais a relação empregatícia entre o funcionário segurado e o Condomínio Segurado ou quando do recebimento pelo funcionário da indenização de invalidez por doença, ou ainda, quando do cancelamento da Apólice/Certificado de Seguro.

Cláusula 10 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO

1. Em atendimento à legislação em vigor, o Segurado deverá, obrigatoriamente na contratação do seguro, fornecer à Seguradora as seguintes informações cadastrais:
 - 1.1. Se pessoa física:**
 - a) nome completo;**
 - b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);**
 - c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e**
 - d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.**

1.2. Se pessoa jurídica:

a) a denominação ou razão social;

b) atividade principal desenvolvida;

c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e

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

2. Com base nas declarações prestadas pelo Segurado na Proposta de Seguro, devidamente assinada por este ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros habilitado, a Seguradora, dentro do prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento, decidir-se-á pela aceitação ou recusa do seguro, seja em seguros novos ou em alterações.

2.1. A Seguradora fornecerá ao proponente do seguro, protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

3. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 2 desta cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta.

3.1. Caso o Segurado seja pessoa física, a solicitação poderá ocorrer apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 2 desta cláusula.

3.2. Caso o Segurado seja pessoa jurídica, a solicitação poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 2 desta cláusula, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

4. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme descrito no item 3 desta cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

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

6. A Seguradora formalizará a recusa, através de correspondência ao Segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação por escrito, da Seguradora, no prazo

previsto no item 2 desta cláusula, caracterizará a aceitação da Proposta de Seguro.

7. Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes na Apólice/Certificado de Seguro, o Segurado deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão da mesma, a correção da divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á válido o disposto na Apólice/Certificado de Seguro.
8. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta de Seguro, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na Cláusula 12 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

Cláusula 11 – RENOVAÇÃO

Por ser este um seguro por prazo determinado, não haverá renovação automática. O Segurado, antes do final de vigência da Apólice/Certificado de Seguro, deverá preencher nova Proposta de Seguro.

Cláusula 12 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

1. **O Segurado e/ou beneficiário, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se à:**
 - a) **comunicar imediatamente à Seguradora, pela via mais rápida possível, a ocorrência de qualquer fato ou evento que possa vir a se caracterizar como um sinistro, indenizável ou não, nos termos deste contrato, encaminhando posteriormente documento por via formal e escrita contendo data, hora e causas do sinistro;**
 - b) **comunicar à Seguradora, de forma imediata, a ocorrência de qualquer fato ou circunstância que possa afetar ou alterar o risco;**
 - c) **fornecer à Seguradora e facilitar o seu acesso a toda espécie de informação sobre o estado de saúde do Segurado antes da contratação do seguro ou da ocorrência do sinistro;**
 - d) **fornecer à Seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e conseqüências do sinistro, a assistência médica inicialmente recebida e a evolução das lesões do Segurado, além de informações complementares solicitadas pela mesma;**
 - e) **empregar os meios ao seu alcance para diminuir as conseqüências do sinistro, cuidando para que não se produzam danos maiores;**
 - f) **submeter-se ao exame dos médicos designados pela Seguradora, se**

esta considerar necessário para completar as informações fornecidas, bem como comparecer por conta da Seguradora ao local por ela julgado mais adequado para efetuar os exames; e

g) comunicar à Seguradora de forma imediata sobre qualquer citação, carta, documento, notificação judicial, extrajudicial ou administrativa que se relacione com sinistro coberto por esta Apólice/Certificado de Seguro.

2. Além das obrigações desta cláusula, o Segurado, em caso de sinistro, deverá cumprir as instruções determinadas nas condições de cada cobertura.

Cláusula 13 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

1. O Estipulante deverá fornecer à Seguradora as informações cadastrais de seus Segurados, respectivos beneficiários e representantes, constantes no item 1.1 da Cláusula 10 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.

1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

2. Constituem, também, obrigações do Estipulante:
 - a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) fornecer ao Segurado, 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 à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice/Certificado de Seguro, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - g) discriminar a razão social ou 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 liquidação de sinistros;
 - 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 estabelecido; e
 - l) informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.
3. Fica estabelecido que qualquer modificação ocorrida na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.
4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeitará o Estipulante às cominações legais.
5. Será expressamente vedado ao Estipulante:
- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
 - c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, 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 tais produtos.
6. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante sempre que solicitado.

Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO

1. O prêmio deste seguro deverá ser pago, obrigatoriamente, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas na Apólice/Certificado de Seguro ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao Segurado ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.
 - 1.1. Quando a data de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
2. Este seguro poderá ser pago a vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito na Apólice/Certificado de Seguro.
 - 2.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, é facultado ao Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.
3. A falta de pagamento do prêmio à vista, ou da primeira parcela, nas datas indicadas, implicará no cancelamento automático da Apólice/Certificado de Seguro, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
4. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da Apólice	% a ser aplicado sobre a vigência original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

- 4.1. Para percentuais não previstos na tabela de Prazo Curto do item 4 acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.**
- 4.2. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, através de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 4.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice/Certificado de Seguro.
- 4.4. Findo o novo prazo de vigência ajustada sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.
- 4.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato.
5. Se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 5.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 6. Para quitação da parcela correspondente ao fracionamento do prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que se não houver saldo suficiente ou o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada pendente.**
7. No seguro Mensal, o não pagamento do prêmio mensal e/ou extrato mensal, na data indicada no respectivo documento de cobrança, implicará no cancelamento automático do seguro, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 7.1. Caso não seja paga a parcela na data indicada no documento de cobrança, a Seguradora poderá propor nova data de vencimento para a parcela não paga e, se ainda assim não ocorrer o débito ou pagamento nesta nova data, aplicar-se-á o disposto no item 7 desta cláusula.

Cláusula 15 – CAPITAL SEGURADO

1. O Segurado definirá, no ato da contratação do seguro, os valores dos Capitais Segurados das coberturas contratadas, os quais ficarão indicados na Apólice/Certificado de Seguro e representarão o máximo de responsabilidade da Seguradora para essas coberturas em caso de sinistro coberto, obedecendo-se os critérios de cálculo da indenização indicados nestas Condições Gerais.

2. Capital Segurado Global

2.1. O Capital Segurado Global é a importância determinada pelo condomínio segurado e aceita pela Seguradora para garantir o pagamento das indenizações de todos os segurados previstas nas garantias contratadas.

2.2. O condomínio segurado definirá, na Proposta de Seguro, um dos seguintes critérios de determinação do Capital Segurado Global:

a) Uniforme: o montante é definido tomando-se por base o valor do capital segurado da garantia de “Morte por Qualquer Causa” ou “Morte por Acidente” desejado para cada funcionário, multiplicado pelo número total de funcionários do condomínio segurado.

b) Múltiplo salarial: o montante é definido tomando-se por base o produto do total de salários dos funcionários do condomínio segurado pela quantidade desejada de salários para o capital segurado da garantia de “Morte por Qualquer Causa” ou “Morte por Acidente”.

2.3. O resultado do produto do salário de cada funcionário segurado pela quantidade desejada de salários não poderá ultrapassar o valor **máximo** de indenização estabelecido na Proposta de Seguro e especificado na Apólice/Certificado de Seguro.

3. Capital Segurado Individual

3.1. O Capital Segurado Individual é o valor a ser indenizado ao funcionário/empregado segurado ou seu beneficiário individualmente em decorrência de evento coberto, apurado em função do Capital Segurado Global definido para esta cobertura e estabelecido na Apólice/Certificado de Seguro.

3.2. A apuração do Capital Segurado Individual das garantias contratadas por ocasião do pagamento de uma indenização será efetuada conforme o critério de Capital Segurado Global definido pelo condomínio segurado na Proposta de Seguro e estabelecido na Apólice, de acordo com as seguintes opções:

a) Uniforme: O valor do Capital Segurado Individual a ser indenizado em cada garantia contratada é o resultado da divisão do Capital Segurado Global Uniforme, estabelecido na alínea “a” do subitem 2.2 desta cláusula, pelo número total de funcionários/empregados segurados, conforme fórmula abaixo:

$$CSI = \frac{CSGU}{NFS}$$

onde:

CSI = Capital Segurado Individual a ser indenizado;

CSGU = Capital Segurado Global Uniforme;

NFS = Número Total de Funcionários/empregados Segurados.

b) Múltiplo salarial: O valor do Capital Segurado Individual a ser indenizado em cada garantia contratada é o resultado do produto do Capital Segurado Global Múltiplo Salarial, estabelecido na alínea “b” do subitem 2.2 desta cláusula, pelo percentual que o salário do funcionário que sofreu o sinistro representa em relação ao montante da folha salarial dos funcionários segurados, conforme fórmula abaixo:

$$CSI = CSGMS \times \frac{SFS}{MFS}$$

onde:

CSI = Capital Segurado Individual a ser indenizado;

CSGMS = Capital Segurado Global Múltiplo Salarial;

SFS = Salário do Funcionário/empregado que sofreu o Sinistro;

MFS = Montante da Folha Salarial dos Funcionários/empregados Segurados.

3.3. O valor do capital segurado individual a ser indenizado será limitado ao valor máximo de indenização INDICADO na PROPOSTA DE Seguro e ESPECIFICADO na Apólice/Certificado de Seguro.

3.4. Para efeito de determinação do capital segurado individual a ser indenizado, entende-se como “funcionário/empregado” qualquer um dos componentes do grupo segurado que se enquadrem nas condições de aceitação definidas na Cláusula 7 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO destas Condições Gerais.

Cláusula 16 – REINTEGRAÇÃO

Em caso de Invalidez Parcial por Acidente o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

Cláusula 17 – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

1. O Segurado ou seu Beneficiário deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos básicos necessários para a liquidação do sinistro:

a) Comunicação do sinistro através do Formulário de Aviso de Sinistro (caso não seja fonado), contendo os detalhes sobre a causa e conseqüências do evento; e

b) Cédula de Identidade e CPF do Segurado;

1.1. Além dos documentos mencionados no item 1 acima, o Segurado deverá apresentar, ainda, de acordo com a cobertura afetada, os seguintes documentos:

1.1.1. Morte Qualquer Causa:

a) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico (morte acidental);

- b) Certidão de óbito;
- c) Certidão de Conclusão do Inquérito Policial, quando for solicitado pela Seguradora.
- d) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo);
- e) Guia de recolhimento do FGTS;
- f) Certidão de casamento do funcionário falecido ou declaração que ateste a condição de companheiro(a) (quando o beneficiário for o cônjuge), certidão de nascimento dos filhos (quando os beneficiários forem os filhos) ou certidão de nascimento do funcionário (quando os beneficiários forem os pais); e
- g) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s).

1.1.2. Morte Acidental:

- a) Certidão de óbito;
- b) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
- c) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
- d) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s);

1.1.3. Indenização Especial de Morte por Acidente:

- a) Mesmos documentos solicitados para a cobertura de Morte Acidental

1.1.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente

- a) Registro de Ocorrência policial/Laudo policial;
- b) Comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente emitido pelo órgão de Previdência Oficial (INSS) ou laudo médico definitivo constatando o caráter permanente e o grau da invalidez por acidente;
- c) Laudo médico definitivo com a descrição da lesão e o grau de invalidez;
- d) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo);
- e) Guia de recolhimento do FGTS; e
- f) Certidão de Conclusão do Inquérito Policial, quando for solicitado pela Seguradora.

1.1.5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- a) laudo médico definitivo constatando o caráter permanente da invalidez por acidente ou o termo de aposentadoria por invalidez do INSS.

1.1.6. Complementação Salarial por Licença Médica decorrente de Acidente ou Doença

- a) Registro de Ocorrência Policial em caso de acidente;
- b) Laudo médico original com detalhamento do evento ou cópia autenticada;
- c) Cópia autenticada dos três últimos comprovantes de renda (holerites);
- d) Comprovante de recebimento do auxílio doença do INSS.

1.1.7. Proteção Financeira por Morte por Acidente para o Condômino Segurado

- e) Certidão de óbito;
 - f) Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico;
 - g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo); e
 - h) Cédula de Identidade e CPF do(s) beneficiário(s);
2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgue necessário para a liquidação do sinistro, mediante dúvida fundada e justificável.
 3. O Segurado deverá, obrigatoriamente, apresentar também cópia da documentação enumerada na Cláusula 10 - CONTRATAÇÃO DO SEGURO, sempre que solicitado pela Seguradora.

Cláusula 18 - COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

1. Qualquer pagamento de indenização ou direito à indenização com base nesta Apólice/Certificado de Seguro, somente será concretizado após terem sido adequadamente relatadas, pelo Segurado, as características da ocorrência do sinistro, apurada a sua causa, natureza e extensão e comprovados os valores a indenizar e o direito de recebê-los, cabendo ao próprio Segurado prestar toda a assistência para que tais requisitos sejam plenamente satisfeitos.
2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação efetivamente necessários a esta comprovação correrão por conta do Segurado, salvo se diretamente realizadas pela Seguradora e/ou por ela expressamente autorizadas.
3. A Seguradora poderá exigir ATESTADOS OU CERTIDÕES DE AUTORIDADES competentes, bem como o resultado de INQUÉRITOS ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.
4. Os atos e providências praticados pela Seguradora após a ocorrência do sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

Cláusula 19 – PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

1. A Seguradora efetuará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo de 30 (trinta) dias a contar da apresentação dos documentos pertinentes pelo Segurado.
 - 1.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, o prazo acima será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
2. Considera-se, como data do evento, para determinação do Capital Segurado:
 - a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - b) para a cobertura de risco por invalidez, não conseqüente de acidente, a data indicada na declaração médica;
 - c) para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nestas Condições Gerais, ressalvado o disposto nas alíneas “a” e “b” acima.
3. As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam, desde que o fato gerador da Invalidez e da Morte seja o mesmo. Nos casos em que a indenização tiver sido originada de Invalidez Permanente e o Segurado falecer durante o recebimento da mesma, NÃO HAVERÁ PAGAMENTO DE NOVA INDENIZAÇÃO POR MORTE, NEM AUMENTO DO VALOR OU DO PRAZO DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.
4. Se, depois de paga a indenização por Invalidez Permanente, ocorrer a morte do Segurado ou sua invalidez total exclusivamente em conseqüência do mesmo, será paga a diferença, SE HOUVER, entre o Capital Segurado das garantias de Morte e Invalidez Permanente e a indenização já paga por Invalidez Permanente.
5. Não havendo acordo entre o Segurado e a Seguradora quanto ao valor da indenização, causa, natureza, extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, será proposta, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a formação de uma junta médica composta de 2 (dois) médicos, nomeados um pelo Segurado e outro, pela Seguradora. As despesas dos representantes serão suportadas separadamente pelas respectivas partes.
 - 5.1. Na hipótese de os 2 (dois) médicos nomeados não conseguirem chegar a uma decisão comum, eles deverão indicar um novo médico para efetuar o desempate. As despesas com este novo médico serão igualmente suportadas pelo Segurado e Seguradora.

5.2. O parecer dos médicos nomeados será notificado às partes de maneira imediata e de forma indubitável, ficando vinculado o resultado a este, EXCETO QUANDO IMPUGNADO JUDICIALMENTE POR UMA DAS PARTES DENTRO DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS – NO CASO DA SEGURADORA – E DE 180 (CENTO E OITENTA) DIAS – NO CASO DO SEGURADO, PRAZOS ESTES CONTADOS DA DATA DA NOTIFICAÇÃO. Se não ocorrer nenhuma objeção nesses prazos, o parecer será impugnável.

Cláusula 20 - RECUSA DE SINISTRO

1. Quando a Seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar os motivos da recusa, ao Segurado por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.
2. Se, após o pagamento da indenização, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do Segurado ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro.

Cláusula 21 - BENEFICIÁRIOS

1. O Segurado deverá, por ocasião do preenchimento da Proposta de Seguro, indicar seus Beneficiários, bem como os respectivos percentuais de indenização do seguro, observando as limitações previstas na legislação em vigor.
 - 1.1. O Segurado poderá alterar seus Beneficiários a qualquer tempo mediante comunicação por escrito à Seguradora.
 - 1.2. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora. A simples solicitação do Segurado não caracterizará a aceitação pela Seguradora.
2. Na ocorrência de invalidez do Segurado, caso tenha sido contratada a garantia que contemple a Invalidez permanente, o Beneficiário do seguro será o próprio Segurado.
3. No caso de não haver indicação de Beneficiário na Proposta de Seguro, a indenização será paga aos herdeiros legais, conforme os princípios estabelecidos na legislação em vigor.

Cláusula 22 – CANCELAMENTO DO SEGURO

1. **O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento, mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito. A comunicação deverá ser feita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de vencimento da próxima parcela do seguro, a fim de evitar que tal parcela seja cobrada/debitada. Caso a(o) cobrança/**

débito tenha sido efetuada(o), a Seguradora providenciará a devolução do valor, se devido, devendo ser observado o cumprimento do disposto nos subitens abaixo.

1.1. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto do item 4 da Cláusula 14 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

1.1.1. Para os prazos não previstos na tabela, deverá ser utilizado o percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

1.2. Na hipótese de cancelamento a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

2. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:
- a) decorrer o prazo para pagamento do prêmio de qualquer uma das parcelas, na data indicada na Apólice/Certificado de Seguro ou no documento de cobrança, sem que o mesmo tenha sido efetuado, e observado o disposto na Cláusula 10 – PAGAMENTO DO PRÊMIO;
 - b) houver fraude ou tentativa de fraude; e
 - c) ocorrer o pagamento total do Capital Segurado.

Cláusula 23 - PERDA DE DIREITOS

1. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Seguro ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
 - II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, 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 de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao seu beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

3. O Segurado será obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura do seguro, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

3.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculado proporcionalmente ao período a decorrer.

Cláusula 24 - PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

Cláusula 25 – FORO

O foro competente para dirimir eventuais dúvidas ou questões referentes a este contrato será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Cláusula 26 – ATUALIZAÇÃO DE VALORES

1. Os valores devidos em caso de cancelamento da Apólice/Certificado de Seguro serão atualizados monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, este será atualizado monetariamente, sendo a data de obrigação de restituição a data de recebimento do respectivo prêmio.

3. Para os casos de pagamento de indenização, indenização total, indenização inicial e devolução do prêmio quando da recusa da Proposta de Seguro, o não pagamento do valor devido dentro do prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de suspensão da respectiva contagem, quando for o caso, acarretará em:
 - a) atualização monetária, sendo a data de obrigação de pagamento e/ou restituição a data de ocorrência do evento ou a data de formalização da recusa; e
 - b) incidência de juros moratórios de **6% aa** (seis por cento ao ano), calculado “pro rata temporis”, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado.
4. O índice utilizado para atualização monetária será o **IPCA/IBGE** - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou índice que vier a substituí-lo, 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 anterior à data de sua efetiva liquidação.
5. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Cláusula 27 - DISPOSIÇÕES GERAIS

PARA OS CASOS NÃO PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SERÃO APLICADAS AS LEIS QUE REGULAMENTAM OS SEGUROS NO BRASIL.

O REGISTRO DESTES PLANOS NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DAS COBERTURAS DO SEGURO

Cláusula 28 – COBERTURA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante aos Beneficiários indicados na Apólice/Certificado de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital

Segurado contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS.

Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante aos Beneficiários indicados na Apólice/Certificado de Seguro para esta cobertura o pagamento de uma indenização equivalente ao Capital Segurado contratado para a mesma, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Além das exclusões da Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS e dos eventos não conceituados como “acidente pessoal”, conforme definido na Cláusula 3 – CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL, esta cobertura não indenizará as ocorrências decorrentes direta ou indiretamente de:

a) acidentes sofridos antes da contratação do seguro que sejam de conhecimento do Segurado, ainda que sua morte ou invalidez ocorra durante a sua vigência;

b) acidentes sofridos pelo Segurado em estado de desequilíbrio mental, sob o efeito do álcool, drogas, entorpecentes e medicamentos não prescritos por ordem médica;

c) acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, choque anafilático, acidentes médicos e similares e epilepsia;

d) intervenções cirúrgicas de caráter estético;

e) tratamentos ou exames médicos, clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos médico-hospitalares, quando tais procedimentos não forem motivados por acidente coberto pelo seguro;

f) hérnia de origem traumática e suas conseqüências;

g) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

h) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;

i) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;

j) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem

como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

k) acidente automobilístico, quando o Segurado dirigir sem a habilitação, embriagado (dirigir quando o nível de álcool em seu sangue exceda o nível permitido pela lei do país onde ocorreu o acidente) ou sob o efeito de drogas ou outras substâncias químicas; e

l) choque anafilático.

Cláusula 30 – COBERTURA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante o pagamento de uma indenização adicional correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte por Qualquer Causa, apurado conforme o item 3 da Cláusula 15 – CAPITAL SEGURADO, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, em decorrência de acidente pessoal coberto.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE.

Cláusula 31 – COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante ao Segurado o pagamento de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, correspondente ao percentual da perda anatômica ou redução funcional de um membro ou órgão em consequência de acidente pessoal coberto, de acordo com a TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	PERCENTUAL SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE - TOTAL	
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE - PARCIAL DIVERSAS	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE - PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20

Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um dos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
INVALIDEZ PERMANENTE - PARCIAL MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé	25
Amputação do primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo; indenização equivalente a 1/2, dos demais, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores: 5cm ou mais	15
Encurtamento de um dos membros inferiores: 4cm	10
Encurtamento de um dos membros inferiores: 3cm	06
Encurtamento de um dos membros inferiores: menos de 3cm = sem indenização	-

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões determinadas no item 2.1 da Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE, os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

a) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa;

Cláusula 32 – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante a antecipação do pagamento da indenização da garantia Morte por Qualquer Causa ao próprio segurado, caso o mesmo venha a ficar total e permanentemente inválido em consequência de doença durante a vigência do seguro.

1.2. Entende-se como “invalidéz funcional permanente total por doença” aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação que possibilite ao segurado exercer qualquer atividade funcional ou, ainda, os casos de doença em fase terminal atestados por profissional legalmente habilitado, desde que essa doença não seja preexistente.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará, além das exclusões determinadas na Cláusula 5 – EXCLUSÕES GERAIS os eventos causados direta ou indiretamente pelas seguintes ocorrências:

a) estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produto tóxicos, narcóticos ou medicamentos ingeridos sem recomendação médica.

Cláusula 33 - COBERTURA DE COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL POR LICENÇA MÉDICA DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA

1. Riscos Cobertos

1.1. Garante ao Segurado que estiver afastado por mais de 30 (trinta) dias, em decorrência de doença ou acidente, uma indenização correspondente à diferença entre o auxílio-doença pago pelo órgão de seguridade oficial e o valor que o segurado receberia se estivesse trabalhando, limitado a 3 (três) meses de benefício.

1.2. O Segurado deverá cumprir uma carência de 12 meses, contados da data de retorno às atividades normais de trabalho, para ter direito novamente a esta garantia.

2. Riscos Excluídos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE, e do item 2.1 da Cláusula 32 – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA.

Cláusula 34 - COBERTURA DE PROTEÇÃO FINANCEIRA POR MORTE POR ACIDENTE PARA O CONDÔMINO SEGURADO

1. Riscos Cobertos

1.1. Sempre que constar expressamente a inclusão desta cobertura na Apólice/ Certificado de Seguro, a Seguradora garantirá o pagamento da cota condominial mensal, até o valor do Capital Segurado previsto no item 3 desta cláusula, composta das despesas ordinárias cobertas mais as despesas mensais que estiverem sob responsabilidade de pagamento do Condômino Segurado, em virtude da ocorrência de Morte por Acidente, ou seja, caso o Condômino Segurado venha a falecer em virtude de acidente pessoal coberto.

1.2. Esta cobertura só terá validade quando contratada para todas as unidades autônomas do Condomínio Segurado.

1.3. Entende-se por despesas ordinárias de condomínio, aquelas necessárias à respectiva administração, especialmente:

- a) salários, encargos trabalhistas, contribuições previdenciárias e sociais dos empregados do condomínio;
- b) consumo de água e esgoto, gás, luz e força das áreas de uso comum;
- c) limpeza, conservação e pintura das instalações e dependências de uso comum;
- d) manutenção e conservação das instalações e equipamentos hidráulicos, elétricos, mecânicos e de segurança, de uso comum;
- e) manutenção e conservação das instalações e equipamentos de uso comum destinados à prática de esportes e lazer;
- f) manutenção e conservação de elevadores, porteiro eletrônico e antenas coletivas;
- g) pequenos reparos nas dependências e instalações elétricas e hidráulicas de uso comum;
- h) rateios de saldo devedor, salvo se referentes a períodos anteriores ao início da locação; e
- i) reposição do fundo de reserva, total ou parcialmente utilizado no custeio ou complementação das despesas referidas nas alíneas anteriores, salvo se

referentes a período anterior ao início da locação, conforme limites contratados e indicados na Apólice/Certificado de Seguro.

2. Riscos não cobertos

2.1. Esta cobertura não indenizará os eventos de Morte causados direta ou indiretamente pelas ocorrências determinadas no item 2.1 da Cláusula 29 – COBERTURA DE MORTE POR ACIDENTE.

2.2. Não serão consideradas, para efeito de apuração da indenização, as despesas de:

a) obras de reformas ou acréscimos que interessem à estrutura integral do imóvel;

b) pintura das fachadas, empenas, poços de aeração e iluminação, bem como esquadrias externas;

c) obras destinadas a repor as condições de habitabilidade do edifício;

d) indenizações trabalhistas e previdenciárias pela dispensa de empregados ocorridas em data anterior ao início da locação;

e) instalação de equipamento de segurança e de incêndio, de telefonia, de intercomunicação, de esporte e de lazer;

f) despesas de decoração e paisagismo nas partes de uso comum; e

g) constituição de fundo de reserva.

3. Capital Segurado

3.1. O valor máximo a ser contratado como Capital Segurado para esta cobertura, corresponderá a 12 (doze) parcelas mensais e consecutivas do valor da cota condominial mensal, que corresponderá ao total das despesas ordinárias descritas no subitem 1.3 desta cláusula. Todos estes valores serão apurados na data de caracterização do evento.

3.3. A unidade autônoma segurada que estiver recebendo indenização, somente poderá ser incluída novamente no seguro, no mês subsequente após completar 12 (doze) meses da data do sinistro.

Regulamento do DEFENSOR DO SEGURADO

Artigo 1º – Da Constituição

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º– O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **Segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º– O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste Regulamento.

§ 3º– A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

Artigo 2º – Da Competência

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

- a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **Segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam neste direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às Empresas.
- b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante; porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

Artigo 3º – Das Alçadas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às

Empresas – se aceitas pelos **Segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas Empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º– O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O Cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º– Entende-se por pessoa devidamente habilitada aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isonomia – A inexistência de vínculo empregatício com as **Empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **Empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º– Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das Empresas, nem pessoas que tenham parentesco com eles até o segundo grau, inclusive por afinidade.

§ 3º– **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

Artigo 5º – Do Mandato

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- § 1º– A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição da forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.
- § 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas a qualquer momento, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.
- § 3º– Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário por qualquer motivo ou a destituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** do cargo dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará, a partir de sua nomeação, um novo mandato de 3 (três) anos.

Artigo 6º – Do Funcionamento

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as Empresas até o limite da alçada definido neste Regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, juntamente com as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

§ 1º– Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das Empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:

1. exista uma decisão expressa do diretor territorial da **MAPFRE SEGUROS**;
2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o **Segurado** formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo diretor territorial correspondente;

b) que a reclamação seja feita na forma escrita, endereçada à Caixa Postal do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via Correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

§ 2º– A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às Empresas, o seguinte:

a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para resolver o conflito;

b) a aceitação do processo sob a condição de que o **Segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às Empresas que o mesmo entrará em tramitação. A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses (sessenta dias) para sua resolução;

c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.

§ 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito a sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante, com cópia ao seu corretor e às Empresas.

§ 4º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das Empresas, por meio dos diretores territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, e as Empresas as atenderão num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 5º– Os diretores-presidentes das Empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. No caso das recomendações que não sejam vinculantes, elas deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.

§ 6º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das Empresas.

Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às Empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**

e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** obrigam-se a acatá-las, desde que estejam dentro do limite de alçada determinado neste Regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

§ 1º– As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das Empresas não são obrigatórias e podem, ou não, ser aceitas.

§ 2º– Cada uma das Empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.

§ 3º– O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das Empresas sobre a divulgação eficaz aos Segurados, Participantes e Corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como seus objetivos e as normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das Empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

§ 1º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias fora das instalações das Empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.

§ 2º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.

§ 3º– O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos diretores-presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das Empresas.

**Disque
Fraude** 

0800-775-7333

Todos contra a fraude

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.

