



Seguro Vida Empresa Plurianual

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP: 15414.901263/2015-38
CNPJ: 87.376.109/0001-06

 Santander

**SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL
CONDIÇÕES GERAIS**

Seguro Vida Empresa Plurianual

Condições Gerais

Versão 6

PROCESSO SUSEP: 15414.901263/2015-38
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o proponente, aqui designado Estipulante, contratam o **Seguro Vida Empresa Plurianual**, na modalidade de capital global, nas condições que se seguem.

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

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

a. estão incluídos nesse conceito:

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

b. estão excluídas desse conceito:

- b.1. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2. as intercorrências ou as complicações consequentes da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3. as lesões decorrentes de, dependentes de, predispostas a 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 Osteomusculares 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
- b.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Aditivo: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro. Uma vez anexado às condições do seguro, o aditivo prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Agravação de Risco: são circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independentemente ou não da vontade do Segurado, e que dessa forma, indicam um aumento de taxa ou uma alteração das condições normais de seguro.

Apólice de Seguro: é o documento, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante do seguro.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado individual, na hipótese de ocorrência de um evento com regular cobertura nas condições firmadas para o seguro.

C

Capital Segurado Global Total: é o valor contratado para cada cobertura, para a totalidade dos segurados e definido no contrato de seguro, dentro das opções e dos limites mínimo e máximo estabelecidos pela Seguradora.

Capital Segurado Individual: é o resultado da divisão do capital total global segurado em partes iguais entre todos os segurados na data do sinistro e que será utilizado como base para o pagamento de uma indenização, em função dos valores estabelecidos para as coberturas constantes da apólice. O capital segurado individual pode variar em função da movimentação de segurados, de sua inclusão ou de sua exclusão durante o período de vigência.

Capital Global: é a modalidade de contratação coletiva de seguro, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro ou do aumento do capital, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas, exceto as coberturas de acidente pessoal.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nestas condições. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente das condições contratuais, do contrato, da apólice e da proposta de contratação.

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das condições gerais, do contrato de seguro, da apólice e da proposta de contratação do seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante, do Subestipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

Contrato de Seguro: é o instrumento jurídico firmado entre Estipulante, Subestipulante e Seguradora, que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, do Subestipulante, da Seguradora, do Segurado e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/2166. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Data do evento: data da ocorrência de evento/risco coberto.

Doenças ou Lesões Preexistentes: são doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer

alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de contratação de seguro.

Dolo: é o emprego de qualquer sugestão ou artifício com a intenção ou a consciência de induzir ou manter o outro em erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando a um prejuízo premeditado, quer físico, quer financeiro, em proveito próprio ou alheio.

E

Empresa Contratante: é a pessoa jurídica que contrata o seguro, conforme os critérios de aceitação da Seguradora previstos nestas condições gerais, representando todo o grupo segurado a ela vinculado, e que passa à condição de Subestipulante após a aceitação do seguro.

Endosso: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro, tal como modificação de dados, sem, contudo, alterar a cobertura básica do mesmo. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e administra a apólice de seguro perante a Seguradora.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas condições gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

G

Grupo Segurado: é a totalidade dos componentes do grupo segurável que foi efetivamente aceita e incluída na apólice de seguro.

Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, que mantém vínculo concreto e efetivo com o Subestipulante e que reúne condições para aceitação no seguro.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual contratado.

M

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou, ainda, que residam sob o mesmo teto.**

P

Prêmio do Seguro: é o valor a ser pago à Seguradora para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer determinado direito de ação, para reclamar direitos, obrigações, extinção das obrigações previstas no contrato de seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é a pessoa física ou jurídica cuja adesão ao seguro é solicitada e que passará à condição de Segurado ou Subestipulante somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento

das condições gerais do seguro.

Pro Rata Temporis: é o método de se calcular o prêmio do seguro com base nos dias de vigência do contrato quando este for realizado por período inferior a um ano.

Quadro Clínico Incapacitante: é o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

R

Regulação de Sinistro: é o processo interno da Seguradora para constatação de um evento coberto pelo seguro.

Renovação: é a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice de seguro nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições – neste último caso, sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse do Segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

Repartição Simples: é o regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das indenizações relativas aos sinistros esperados, é o chamado “regime de caixa”, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário, ao Estipulante ou ao Subestipuante.

Risco Coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal, que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela Seguradora mediante o pagamento do prêmio, desde que previsto nestas condições gerais.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nestas condições gerais e não serão cobertos pelo seguro.

S

Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, depois que a proposta de contratação do seguro for regularmente aceita pela Seguradora.

Segurado Titular: é o componente do grupo segurado que mantém vínculo empregatício com o CNPJ contratante do seguro e para quem o seguro foi contratado.

Segurado Dependente: é o cônjuge ou companheira(o) do Segurado Titular, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, bem como seus filhos, seus enteados e os menores considerados dependentes, conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto de Renda – IRPF.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os riscos especificados no contrato de seguro. Aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ: 87.376.109/0001-06 e Registro SUSEP nº 0507-0.

Sinistro: é a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro, que gera ao Segurado ou ao Beneficiário o direito de recebimento do capital segurado individual contratado, desde que atendidas as demais disposições das condições gerais e das demais condições contratuais.

Subestipuante: é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro e representa os Segurados perante a Seguradora.

SUSEP: é a Superintendência de Seguros Privados, Autarquia Federal responsável pela fiscalização, pela normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

V

Vigência: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado individual ao Segurado ou a seus Beneficiários, de acordo com as coberturas contratadas indicadas na proposta de contratação do seguro, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nestas condições gerais, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais e do contrato de seguro.**

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas deste seguro mencionadas abaixo poderão ser contratadas isoladamente, desde que respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica. As coberturas contratadas constarão da proposta de contratação e do contrato de seguro.

3.2. Cobertura Básica

3.2.1. Morte: garante ao Beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, decorrente de causas naturais ou acidentais devidamente cobertas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.3. Coberturas Adicionais

3.3.1. Indenização Adicional por Morte Acidental: garante ao Beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, decorrente de causas acidentais, devidamente cobertas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.3.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: garante ao Segurado o pagamento proporcional ou integral do capital segurado individual contratado para esta cobertura, definido após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela de cálculo de indenização a seguir, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.3.2.1. TABELA PARA CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL
Invalidez 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 um dos pés	100

Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100

Invalidez Parcial – Diversas

Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento toracolombossacro da coluna vertebral	25

Invalidez Parcial – Membros Superiores

Perda total do 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 radiolunares	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 ou um dos dedos 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 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 tibioperoneiros	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 do quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de 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 ½ e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo

Encurtamento de um dos membros inferiores

- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

Diversas

Mandíbula

Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos

- Em grau mínimo	10
- Em grau médio	20
- Em grau máximo	30

Nariz

Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10

Aparelho Visual

Lesões das vias lacrimais

- Unilateral	07
- Unilateral com fístulas	15
- Bilateral	14
- Bilateral com fístulas	25

Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris

- Ectrópio unilateral	03
- Ectrópio bilateral	06
- Entrópio unilateral	07
- Entrópio bilateral	14
- Maloclusão palpebral unilateral	03
- Maloclusão palpebral bilateral	06
- Ptose palpebral unilateral	05
- Ptose palpebral bilateral	10

Aparelho da Fonação

Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palatos mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação parcial da língua (menos de 50%)	15

Amputação parcial da língua (mais de 50%)	30
Sistema Auditivo	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
Sistema Digestório e Excretor	
Perda do baço	15
Aparelho Urinário	
Perda de um rim	
- Função renal preservada	15
- Redução em grau mínimo da função renal	25
- Redução em grau médio da função renal	50
- Insuficiência renal	75
Aparelhos Genital e Reprodutor	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
Parede Abdominal	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma prega vocal	10
Paralisia de duas pregas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
Tórax	
Aparelho respiratório	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
- Função respiratória preservada	15
- Redução em grau mínimo da função respiratória	25
- Redução em grau médio da função respiratória	50

- Insuficiência respiratória	75
------------------------------	----

Mamas

Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20

Abdome (órgãos e vísceras)

Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40

Intestino Delgado

Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70

Intestino Grosso

Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50

Reto e Ânus

Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

3.3.2.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização caso o Segurado se recuse.

3.3.2.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a invalidez permanente total ou parcial por acidente.

3.3.2.4. No caso de divergências sobre causa, natureza ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora irá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

3.3.2.4.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3.3.2.4.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da

indicação do membro nomeado pelo Segurado.

3.3.2.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou do órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%.

3.3.2.6. Nos casos não especificados na tabela de indenização de invalidez, **item 3.3.2.1.**, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

3.3.2.7. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual contratado para esta cobertura.

3.3.2.8. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.3.2.9. Para efeito de indenização, a perda ou a maior redução funcional de um membro ou de um órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

3.3.2.10. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

3.3.2.11. A cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente não se acumula com as coberturas de: morte e indenização adicional por morte acidental. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente parcial por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a indenização já paga por invalidez permanente parcial por acidente.

3.3.2.12. Em caso de invalidez parcial por acidente, o capital segurado individual segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

3.3.2.13. Reconhecida a invalidez permanente total por acidente, pela Seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do seguro.

3.3.3. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença: garante ao Segurado a antecipação do capital Segurado individual contratado para a cobertura morte, em caso de invalidez consequente de doença que resulte na invalidez funcional permanente, comprovada através de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.3.3.1. São considerados quadros clínicos incapacitantes, os provenientes exclusivamente das seguintes doenças:

- a.** doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b.** doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- c.** doenças crônicas, de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou a seu controle clínico;
- d.** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e

- exclusivamente em decorrência de doença;
- e. doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou nas funções de dois membros, em grau máximo;
 - f. doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g. deficiência visual, decorrente de doença:
 - I. cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. casos nos quais a somatória da medida do campo visual de ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - IV. ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
 - h. doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - i. estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - I. perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3.3.2. Entende-se como pleno exercício das relações autônômicas de um indivíduo a capacidade que o mesmo tem de desempenhar suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas relacionadas em pelo menos uma das alíneas abaixo, de forma total, permanente e inequívoca, independentemente de qualquer ajuda:

- a. levantar-se, deitar-se, deambular, higienizar-se e ser capaz de se alimentar sem ajuda de terceiros ou dispositivos/aparelhos/máquinas;
- b. manter as funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem ajuda de dispositivos ou aparelhos/máquinas extracorpóreas de substituição funcional (exemplo: sonda enteral, respirador artificial, diálise peritoneal mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva);
- c. ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem ajuda de terceiros.

3.3.3.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3.3.3.4. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

3.3.3.5. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no **item 3.3.3.1.** ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, uma junta médica composta de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois médicos indicados. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro

nomeado pelo Segurado.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado. Os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3.3.3.6. As despesas efetuadas com a comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando a esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital Segurado contratado para esta cobertura.

3.3.3.7. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a cobertura Morte ou com as demais coberturas oferecidas por este Seguro.

3.3.3.8. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o Segurado será automaticamente excluído do seguro. Portanto, em caso de morte após a data da constatação da Invalidez Funcional Permanente por Doença, a indenização por Morte não é devida.

3.3.4. Auxílio-Funeral Individual Dedutível: garante o reembolso das despesas com funeral (sepultamento ou cremação), limitado ao capital segurado individual contratado para esta cobertura, com a possibilidade de substituição do reembolso de despesas pela prestação dos serviços de funeral, na ocorrência de morte do Segurado Titular, por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.3.4.1. A cobertura de Auxílio-Funeral Individual Dedutível destina-se exclusivamente à indenização, ao reembolso das despesas gastas com funeral, ou à prestação dos referidos serviços, limitado ao capital segurado individual contratado para esta cobertura, mediante a apresentação dos comprovantes originais (notas fiscais) das respectivas despesas.

3.3.4.2. O valor do reembolso das despesas com funeral ou da prestação de serviço de funeral, quando realizada, será deduzida da indenização da cobertura de morte.

3.3.4.3. Prestação de Serviço de Funeral.

3.3.4.3.1. Caso os Familiares, Beneficiários ou o Responsável optem pela prestação de serviço de funeral, a Seguradora disponibilizará os seguintes serviços, respeitado o capital segurado individual contratado para esta cobertura, **não cabendo qualquer reembolso pelo pagamento de despesas com funeral:**

Assistência para formalidades administrativas: a assistência é também concedida para as formalidades administrativas, uma vez que serão tomadas todas as providências relativas à documentação necessária ao sepultamento ou à cremação, podendo a família acompanhar tais medidas, se assim o quiser.

Sepultamento ou cremação: o sepultamento será realizado no túmulo ou no jazigo da família, ou a cremação, caso essa opção tenha sido formalizada em vida pelo Segurado Titular, observado o seguinte:

- a. caso o município não disponha do serviço de cremação, mas a família venha a optar por esse procedimento, as despesas com o traslado até o local da cremação ficarão a cargo da família;
- b. não estão amparadas pela prestação de serviços de funeral as despesas com a exumação dos corpos que estejam em jazigo, quando do sepultamento;
- c. **não serão prestados os serviços de funeral quando não houver cooperação por parte dos familiares.**

Locação de jazigo: caso a família não disponha de local para o sepultamento, será alugado um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, na dependência da disponibilidade existente no local. A locação é válida somente para cemitérios municipais. Após o período de 3 (três) anos, a família será responsável pela exumação ou pela manutenção da locação por novo período.

Passagem para um membro da família: caso a família opte por fazer o sepultamento na mesma localidade do evento, e não sendo este o município de domicílio do Segurado Titular, será providenciada passagem aérea na classe econômica, ou rodoviária, para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

Serviços de repatriamento/retorno do corpo: em caso de falecimento durante a viagem, serão atendidas as formalidades necessárias para repatriamento/retorno do corpo, com transporte em esquife até o município de domicílio do Segurado Titular.

Demais serviços incluídos: os serviços de prestação de serviço de funeral também concedem o que segue:

- a. Urna;
- b. coroa de flores;
- c. ornamentação de urna;
- d. paramentos;
- e. mesa de condolências;
- f. velório;
- g. registro de óbito;
- h. carro funerário;
- i. traslado do corpo;
- j. transmissão de mensagens.

3.3.4.3.2. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

3.3.4.3.3. A Seguradora se responsabiliza pelos serviços contratados até o limite do capital segurado individual contratado. Caso os familiares optem pela contratação de outros serviços ou de itens acima do capital segurado individual contratado, estes deverão ser pagos pelos familiares diretamente ao prestador de serviço e não haverá reembolso destas despesas.

3.3.4.4. Acionamento do Serviço de Prestação de Serviço de Funeral:

3.3.4.4.1. O serviço de prestação de serviço de funeral deve ser, imediatamente solicitada pelos familiares, antes da tomada de qualquer medida, através da Central de Atendimento a clientes disponibilizada pela Seguradora.

3.3.4.4.2. A empresa de prestação de serviço de funeral poderá exigir a apresentação de documentos para comprovar o vínculo familiar entre o Segurado Titular e seus familiares.

3.3.4.4.3. Os familiares ou a pessoa responsável deverão cooperar com a prestadora de serviço de funeral, a fim de possibilitar que sejam prestados os serviços aqui mencionados, inclusive, se houver necessidade, por meio do envio de documentos originais, às custas do serviço de prestação de serviço de funeral, para o cumprimento das formalidades necessárias.

3.3.4.5. A prestação dos serviços de funeral destina-se, única e exclusivamente a auxiliar na prestação de serviço com o funeral do Segurado Titular e não tem, conseqüentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devidas por força das demais coberturas previstas neste seguro.

3.3.5. Rescisão Trabalhista por Morte: garante ao Subestipulante o reembolso de despesas pagas a título de verbas rescisórias, limitado ao capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado Titular decorrente de causas naturais e/ou acidentais, devidamente cobertas, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro.**

3.5. Coberturas Suplementares

3.5.1. Cobertura de Cônjuge: garante ao Segurado Titular o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte de seu cônjuge decorrente de causas naturais ou acidentais, devidamente cobertas, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro. O percentual desta cobertura estará descrito na proposta de contratação e no certificado do seguro.

3.5.1.1. O(a) companheiro(a) equipara-se ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.

3.5.1.2. Não poderá ser incluído no seguro, como Segurado Dependente, o cônjuge que já participe do seguro como Segurado Titular.

3.5.2. Cobertura de Filhos: garante ao Segurado Titular o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte dos filhos, decorrente de causas naturais ou acidentais, devidamente cobertas, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta condição geral e do contrato de seguro. O percentual desta cobertura estará descrito na proposta de contratação e no certificado do seguro.

3.5.2.1. Para efeito deste seguro consideram-se filho: o(s) filho(s) legítimo(s), o(s) enteado(s) e o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) do Segurado Titular conforme regra estabelecida pela Receita Federal para o Imposto de Renda – IRPF.

3.5.2.2. Na hipótese de falecimento de filho menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas originais, limitado ao capital segurado individual contratado para esta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro e, portanto, a Seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência de:

- a. acidentes, lesões e sequelas ou doenças preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro;
- b. das 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c. de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;
- d. da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos

terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

- e. de suicídio ou a tentativa de suicídio, se ocorridos nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro;
- f. do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ionizantes;
- g. de atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se consequente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h. de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- i. consequentes de inundações, furacões, erupções vulcânicas, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- j. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem, assim declaradas por órgão público competente; e
- k. nos seguros contratados por pessoas jurídicas deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.

4.2. Estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e dos Quadros Clínicos Incapacitantes, relacionados no item 3.3.3.1., e, portanto, a Seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência:

- a. da perda, da redução ou da impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b. da invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa do Segurado;
- c. dos quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d. das doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e. das doenças agravadas por traumatismos;
- f. das doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas; e
- g. dos quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem na perda da existência independente do Segurado.

4.3. Estão expressamente excluídas da cobertura de Auxílio-Funeral Individual Dedutível e, portanto, a

Seguradora não indenizará ou responderá pela cobertura nas seguintes situações:

- a. aquisição de jazigo;**
- b. despesas com alimentação e vestimentas;**
- c. despesas com anúncios em jornais, revistas e similares;**
- d. despesas com aquisição de lápides, gravações, cruzes ou outra ornamentação;**
- e. despesas decorrentes de confecção, manutenção ou recuperação de jazigos;**
- f. exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- g. necromaquiagem;**
- h. técnicas de preservação (tanopraxia ou embalsamento), a não ser que as condições sanitárias e de transporte exijam; e**
- i. traslado do corpo para cremação até outro município onde a cremação será efetuada.**

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1. O âmbito geográfico das coberturas previstas nestas condições aplicam-se para os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2. Os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Seguradora.

5.3. Fica estabelecido que o reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o capital segurado individual da cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá ser aplicada carência às coberturas contratadas. Os percentuais e os valores serão descritos na proposta de contratação do seguro.

6.2. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa, que será de 2 (dois) anos, não poderá exceder metade do prazo de vigência individual do seguro.

6.3. A carência não será aplicada em caso de eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

7. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. Aceitação da Empresa Contratante/Subestipulante.

7.2.1. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação, pela Seguradora, da proposta de contratação devidamente assinada pelo proponente pessoa jurídica, por seu representante legal ou por seu corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais do seguro e das demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

7.2.2. Após a aceitação do seguro pela Seguradora, o proponente pessoa jurídica passará à condição de Subestipulante.

7.2.3. A Seguradora fornecerá ao proponente pessoa jurídica, a seu representante legal ou a seu corretor de seguros, o protocolo de recebimento da proposta de contratação, contendo a data e a hora do recebimento.

7.2.4. Ficam expressamente excluídas das coberturas do seguro contratado as empresas filiadas ou do mesmo grupo econômico do CNPJ contratante, podendo referidas empresas contratar apólices próprias para o seu CNPJ.

7.2.5. Serão consideradas como segurados as pessoas físicas mencionadas nos itens abaixo – funcionários, estagiários, sócios e/ou diretores – que façam parte do CNPJ contratante da apólice. Não estarão cobertos os sócios pessoa jurídica do CNPJ contratante, e do mesmo modo também não estarão cobertas as pessoas físicas pertencentes ao CNPJ que figura como sócio da empresa.

7.3. Aceitação Individual.

7.3.1. Poderão ser aceitos no seguro os proponentes individuais que, na data de início de vigência, se enquadrem nas seguintes condições:

7.3.1.1. Segurado Titular.

Funcionários: com vínculo empregatício e devidamente registrado na empresa contratante, constante exclusivamente nas Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social GFIP e/ou Guia de Recolhimento do FGTS – GRF com código 115, 150, 211 ou 604 (recolhimento no prazo ou em atraso), do mês imediatamente anterior ao da contratação do seguro, em condições normais de saúde, em plena atividade de trabalho e com no mínimo 16 (dezesesseis) e no máximo 70 (setenta) anos completos.

Sócios/Diretores: devidamente registrados na empresa contratante, constantes exclusivamente nas Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social – GFIP e/ou Guia de Recolhimento do FGTS – GRF com código 115, 150, 211 ou 604 (recolhimento no prazo ou em atraso), do mês imediatamente anterior ao da contratação do seguro, bem como os “Diretores Não Empregados” equiparados, sujeitos ao regime do FGTS nos termos do Art.16 da Lei nº 8.036 de 11 de maio de 1990, desde que constem da GFIP e/ou GRF específica para esse tipo de depósito, ou seja, Guia de Recolhimento com identificação de depósito – código “5” (Diretor Não Empregado) e Sócios/Diretores não constantes da GFIP e/ou GRF, desde que os mesmos figurem no Contrato Social/Estatuto Social da Empresa ou da última alteração contratual da empresa contratante, em condições normais de saúde, desde que em plena atividade de trabalho e com no mínimo 16 (dezesesseis) e no máximo 70 (setenta) anos completos.

Estagiários: alunos regularmente matriculados em curso vinculado à estrutura do ensino público ou particular, no nível superior, com contrato de estágio vigente com o Estipulante, para o desenvolvimento de atividades relacionadas à sua área de formação profissional, que estejam em condições normais de saúde, em plena atividade de trabalho e com no mínimo 16 (dezesesseis) e no máximo 70 (setenta) anos completos.

Não é permitida a contratação do seguro apenas para estagiários, sendo obrigatória a inclusão de ao menos um empregado e/ou Sócio/Diretor.

7.3.1.2. Segurados Dependentes.

Cônjuge: quando contratado, poderão fazer parte do seguro os cônjuges dos Segurados Titulares, desde que não pertençam ao grupo segurado na condição de Segurado Titular e que estejam em condições normais de saúde e com no mínimo 16 (dezesesseis) anos e no máximo 70 (setenta) anos completos.

Filhos: quando contratado, poderão fazer parte do seguro os filhos dos Segurados Titulares que não pertençam ao grupo segurado na condição de Segurado Titular e que estejam em condições normais de saúde, menores de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos, se universitários, e solteiros, que não sejam empregados da

empresa contratante, e que sejam dependentes do Segurado Titular, no regulamento do Imposto de Renda – IRPF.

7.3.1.3. Após a aceitação do seguro pela Seguradora, o proponente individual passará à condição de Segurado Titular.

7.3.1.4. Não estão cobertos por este seguro:

- a. Funcionários, Estagiários, Sócios e Diretores afastados por motivo de doença ou por prestação de serviço militar no início de vigência do seguro. Estes proponentes individuais somente serão incluídos no seguro quando de seu retorno às atividades laborativas;
- b. Funcionários com idade inferior ao limite de idade estabelecido no item 7.3.1.1.;
- c. Funcionários, Estagiários, Sócios, Diretores e Cônjuges quando contratados, com idade superior ao limite de idade estabelecido no **item 7.3.1.1.**

7.4. Número mínimo de Segurados para contratação e manutenção do seguro.

7.4.1. Para contratação e manutenção do seguro, serão aplicadas as regras conforme plano contratado. O segurado poderá contratar um dos planos a seguir:

Plano “Vida Empresa Anual”: para contratação e manutenção do seguro, deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 2 (dois) Segurados Titulares.

Plano “Vida Empresa Trienal”: para contratação e manutenção do seguro, deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 2 (dois) Segurados Titulares.

Plano “Vida Empresa 50”: para contratação do seguro, deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 50 (cinquenta) Segurados Titulares e para manutenção no mínimo 45 (quarenta e cinco) Segurados Titulares.

Plano “Vida Empresa 200”: para contratação do seguro deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 200 (duzentos) Segurados Titulares e para manutenção no mínimo 180 (cento e oitenta) Segurados Titulares.

Plano “Vida Empresa Corporate”: para contratação e manutenção do seguro, deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 2 (dois) Segurados Titulares.

7.4.2. O Substipulante deverá manter a Seguradora informada a respeito da quantidade de segurados, de alterações na natureza do risco coberto, bem como de quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas condições gerais.

7.5. O Substipulante assume total responsabilidade em relação às condições normais de saúde e plena atividade de trabalho dos Segurados Titulares participantes no seguro, não cabendo à Seguradora responsabilidade no pagamento de indenizações, caso se verifique que o funcionário, o diretor ou o sócio não se encontrava apto a participar do seguro, quando de sua inclusão.

7.6. A Seguradora, a seu critério, poderá estabelecer novos itens para aceitação do seguro, além dos especificados acima. As novas condições de aceitação constarão da proposta de contratação e do contrato de seguro.

7.7. A partir do recebimento da proposta de seguro pela Seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a aceitação ou a recusa da proposta.

7.7.1. O simples recebimento do prêmio de seguro não implica na aceitação do seguro por parte da Seguradora.

7.7.2. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para aceitação do seguro. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez,

durante o prazo previsto no item 7.7.

7.7.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no **item 7.7.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à Seguradora.

7.7.4. A cada Subestipulante incluído no seguro, a cada renovação, a cada alteração no seguro, será enviado o contrato de seguro. O prazo para emissão do contrato de seguro é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação ou renovação.

7.7.5. Caso ocorra algum evento coberto durante o prazo previsto no item 7.7., estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da Seguradora, a indenização devida será paga.

7.8. No caso da não aceitação da proposta de contratação, a Seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias, comunicar por escrito ao proponente pessoa jurídica, ou ao seu representante legal, ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. **O seguro estará automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente pessoa jurídica, ou ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item 7.7.**

7.8.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente pessoa jurídica, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, os proponentes individuais terão cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta de contratação com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.9. Na contratação do seguro, o proponente pessoa jurídica poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de contratação, desistir de sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora.

7.9.1. Nessa hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, corrigido monetariamente conforme item 16.

7.10. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endorso à apólice de seguros, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou Subestipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice 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, três quartos do grupo segurado.

8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. A vigência do seguro poderá ser anual ou plurianual, de 3 (três) anos. O seguro vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida, respectivamente, na proposta de contratação, no contrato de seguro, e nos endossos (se houver).

8.2. Para as propostas de contratação recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.1. Para as propostas de contratação recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.3. Desde que satisfeitos os requisitos constantes destas condições gerais, a vigência do risco individual, no ato da contratação, iniciará a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia constante na proposta de contratação.

8.3.1. O início de vigência individual para funcionários admitidos pela empresa contratante, no decorrer da vigência do seguro, será a partir das 24 (vinte e quatro) horas de sua efetiva admissão pela empresa contratante.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. O seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante, Subestipulante, ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias ao final da vigência da apólice, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas condições gerais.

9.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que, para as renovações posteriores, deverá haver manifestação expressa do Subestipulante e da Seguradora.

9.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, **deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.**

9.4. No caso de não renovação da apólice de seguro, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo Estipulante e pela Seguradora, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

9.5. A cada renovação será emitida uma nova apólice de seguro e um novo contrato de seguro pela Seguradora.

9.6. Durante a vigência da referida apólice, a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento sob alegação de agravamento da natureza do risco.

9.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do seguro. A vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. Capital Segurado Global Total: é o capital segurado total a ser dividido entre os Segurados de acordo com a forma de capital segurado contratada.

10.2. Podem ser contratados capitais diferenciados entre Sócios/Diretores e Funcionários/Estagiários. O capital segurado global total constará da proposta de contratação e do contrato de seguro. As formas possíveis de contratação de divisão de capitais segurados podem ser:

10.2.1. Divisão Uniforme: é caracterizada pela divisão uniforme do capital segurado global total entre todos os funcionários relacionados na GFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Informações à Previdência Social, na data do evento coberto, respeitadas as regras de aceitação estabelecidas no item 7 destas condições.

10.3. Se a quantidade de funcionários, estagiários, sócios ou diretores se alterar durante a vigência do seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação de empregados, o capital segurado individual será automaticamente ajustado ao novo número de segurados.

10.4. O valor do capital segurado individual não é impresso na proposta de contratação e na apólice de seguro, pois é determinado no momento da regulação de sinistro, de acordo com a forma de divisão do capital segurado global total contratado.

10.5. Para efeito de determinação do capital segurado individual, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento:

- a.** para as coberturas de morte e auxílio-funeral individual dedutível: a data do óbito do Segurado;
- b.** para as coberturas de indenização adicional por morte acidental e invalidez permanente e total por acidente: a data do acidente do Segurado;
- c.** para a cobertura de invalidez funcional permanente total por doença, a data indicada na declaração médica idônea aceita pela Seguradora. A data da invalidez funcional permanente total por doença será consignada por médico que esteja assistindo o Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos.

11. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

11.1. O Segurado Titular poderá, livremente e a qualquer tempo, indicar ou alterar os seus Beneficiários, mediante aviso escrito à Seguradora.

Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.

Na falta de indicação de beneficiário, aplicar-se-á, para efeito de pagamento da indenização, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

“Art. 792 – na falta de indicação de pessoa ou beneficiário ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge, não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

§ Único – Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência”.

Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(o) esposa(o), nos casos admitidos pela lei, conforme o artigo 793 do Código Civil Brasileiro, que dispõe:

“É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato”.

Para efeito de pagamento da indenização, está legalmente inibido de figurar como Beneficiário aquele(a) com quem o(a) Segurado (a) mantenha relacionamento extraconjugal, se um ou ambos forem casados, salvo se a pessoa casada se achar separada de fato ou judicialmente. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s), a Seguradora desobrigar-se-á pagando a indenização ao Beneficiário conhecido.

11.2. Para as coberturas de invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez funcional permanente total por doença do Segurado Titular, o Beneficiário do seguro será o próprio Segurado Titular.

11.3. Para as coberturas de morte de cônjuge ou morte de filhos, o Beneficiário do seguro será sempre o Segurado Titular. Na sua falta, a indenização será paga conforme legislação em vigor.

11.4. Para a cobertura de auxílio-funeral individual dedutível, o Beneficiário do seguro será a pessoa indicada pelo Segurado Titular, seu dependente, familiar ou pessoa responsável pelo acionamento da prestação de serviços que comprovar o pagamento das despesas efetuadas, nos casos em que estiver previsto o reembolso de despesas.

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1. O custeio deste seguro será **Não Contributário**. O prêmio do seguro será pago integralmente pelo Subestipulante, sem repasse de qualquer custo aos Segurados Titulares.

13. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

13.1. O prêmio do seguro poderá ser pago em parcela única, mensal ou fracionada, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro, e cada pagamento será correspondente a cada período de cobertura.

13.2. O prêmio do seguro poderá ser pago através de débito em conta-corrente ou por outra forma de cobrança disponibilizada pela Seguradora.

13.3. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do seguro serão indicadas na proposta de contratação e no contrato de seguro.

13.4. Se a data para o pagamento do prêmio do seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

13.4.1. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Subestipulante ou seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

13.5. Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à indenização não estará prejudicado.

14. FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

14.1. A falta de pagamento do prêmio do seguro não acarretará a suspensão automática das coberturas.

14.1.1. Tendo-se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir do primeiro prêmio de seguro vencido e não pago, e sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

14.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no **item 14.1.1.**, com a consequente cobrança de prêmio devido.

14.2. Nos seguros contratados com fracionamento do pagamento do prêmio, na hipótese de não pagamento de uma ou mais parcelas devidas pelo Subestipulante, a cobertura permanece válida por um prazo proporcional, considerado o prêmio efetivamente pago e aquele devido, sendo obrigatória a observância da tabela de prazo curto abaixo. O Subestipulante poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas, pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido, sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos do **item 17**.

TABELA DE PRAZO CURTO

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total
4,33%	1,37%	54,00%	35,62%	83,00%	69,86%
8,67%	2,74%	56,00%	36,99%	83,67%	71,23%

13,00%	4,11%	57,33%	38,36%	84,33%	72,60%
15,33%	5,48%	58,67%	39,73%	85,00%	73,97%
17,67%	6,85%	60,00%	41,10%	86,00%	75,34%
20,00%	8,22%	62,00%	42,47%	87,00%	76,71%
22,33%	9,59%	64,00%	43,84%	88,00%	78,08%
24,67%	10,96%	66,00%	45,21%	88,67%	79,45%
27,00%	12,33%	67,33%	46,58%	89,33%	80,82%
28,00%	13,70%	68,67%	47,95%	90,00%	82,19%
29,00%	15,07%	70,00%	49,32%	91,00%	83,56%
30,00%	16,44%	71,00%	50,68%	92,00%	84,93%
32,33%	17,81%	72,00%	52,05%	93,00%	86,30%
34,67%	19,18%	73,00%	53,42%	93,67%	87,67%
37,00%	20,55%	73,67%	54,79%	94,33%	89,04%
38,00%	21,92%	74,33%	56,16%	95,00%	90,41%
39,00%	23,29%	75,00%	57,53%	96,00%	91,78%
40,00%	24,66%	76,00%	58,90%	97,00%	93,15%
42,00%	26,03%	77,00%	60,27%	98,00%	94,52%
44,00%	27,40%	78,00%	61,64%	98,50%	95,89%
46,00%	28,77%	78,67%	63,01%	99,00%	97,26%
47,33%	30,14%	79,33%	64,38%	99,50%	98,63%
48,67%	31,51%	80,00%	65,75%	100,00%	100,00%
50,00%	32,88%	81,00%	67,12%	-	-
52,00%	34,25%	82,00%	68,49%	-	-

Nota: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

14.2.1. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos previstos, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.

14.2.2. Na hipótese mencionada no item 14.2., a Seguradora comunicará ao Subestipulante ou ao seu representante legal, informando o novo prazo de vigência ajustado.

14.2.3. Decorrido o prazo sem que tenha sido quitada a respectiva parcela do prêmio, o seguro, ou endosso a ele referente, ficará automaticamente cancelado. O cancelamento do seguro independe de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, não cabendo restituição de qualquer parcela do prêmio já pago.

14.3. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento do Seguro.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. O seguro poderá ser cancelado nas seguintes situações:

a. por falta de pagamento do prêmio do seguro, conforme item 14;

b. a qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Subestipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

- c. pelo descumprimento de quaisquer cláusulas estabelecidas nestas condições gerais e no contrato de seguro;
- d. se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Subestipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro; e
- e. ao final de vigência se esta não for renovada.

15.2. O seguro do Segurado Titular poderá ser cancelado nas seguintes situações:

- a. com a morte do Segurado Titular;
- b. com a invalidez permanente e total por acidente do Segurado Titular;
- c. com a invalidez funcional total por doença do Segurado Titular;
- d. com a perda de vínculo entre o Segurado Titular e o Subestipulante;
- e. se o Segurado Titular ou Dependente, seu corretor de seguros ou seu representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;
- f. se o Segurado Titular ou Dependente agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e caracterização do risco;
- g. na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas neste seguro;
- h. com o cancelamento ou final de vigência sem renovação do seguro, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- i. com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “f” e “g”, implicando na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização; e
- j. findo o prazo de vigência do seguro, sem que o mesmo tenha sido renovado.

15.3. Além das hipóteses previstas no item 15.2., será cancelado o seguro dos Segurados Dependentes nas seguintes situações:

- a. se for cancelada a respectiva cobertura de cônjuge e filhos pelo Subestipulante;
- b. com o cancelamento do seguro do Segurado Titular;
- c. com a morte do Segurado Titular;
- d. no caso da cessação da condição de dependente;
- e. quando houver expressa solicitação formalizada pelo Segurado Titular.

15.4. Na hipótese de cancelamento a pedido do Subestipulante, a Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto, a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total	% entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total do seguro	Proporção de dias decorridos do prazo total
4,33%	1,37%	54,00%	35,62%	83,00%	69,86%
8,67%	2,74%	56,00%	36,99%	83,67%	71,23%
13,00%	4,11%	57,33%	38,36%	84,33%	72,60%
15,33%	5,48%	58,67%	39,73%	85,00%	73,97%
17,67%	6,85%	60,00%	41,10%	86,00%	75,34%
20,00%	8,22%	62,00%	42,47%	87,00%	76,71%
22,33%	9,59%	64,00%	43,84%	88,00%	78,08%
24,67%	10,96%	66,00%	45,21%	88,67%	79,45%
27,00%	12,33%	67,33%	46,58%	89,33%	80,82%
28,00%	13,70%	68,67%	47,95%	90,00%	82,19%
29,00%	15,07%	70,00%	49,32%	91,00%	83,56%
30,00%	16,44%	71,00%	50,68%	92,00%	84,93%
32,33%	17,81%	72,00%	52,05%	93,00%	86,30%
34,67%	19,18%	73,00%	53,42%	93,67%	87,67%
37,00%	20,55%	73,67%	54,79%	94,33%	89,04%
38,00%	21,92%	74,33%	56,16%	95,00%	90,41%
39,00%	23,29%	75,00%	57,53%	96,00%	91,78%
40,00%	24,66%	76,00%	58,90%	97,00%	93,15%
42,00%	26,03%	77,00%	60,27%	98,00%	94,52%
44,00%	27,40%	78,00%	61,64%	98,50%	95,89%
46,00%	28,77%	78,67%	63,01%	99,00%	97,26%
47,33%	30,14%	79,33%	64,38%	99,50%	98,63%
48,67%	31,51%	80,00%	65,75%	100,00%	100,00%
50,00%	32,88%	81,00%	67,12%		
52,00%	34,25%	82,00%	68,49%		

Nota: Para prazos não previstos na tabela de prazo curto, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.

15.5. 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.

15.6. Cancelado o seguro, este somente poderá ser reabilitado mediante o preenchimento de nova proposta de seguro e análise de aceitação por parte da Seguradora.

16. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

16.1. Atualização do Capital Segurado e Prêmio

16.1.1. O capital segurado global total e o respectivo prêmio serão atualizados em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

16.1.2. A atualização monetária do capital segurado global total e seu correspondente prêmio será efetuada com base na variação acumulada dos últimos 12 (doze meses) para vigência anual ou 36 (trinta e seis meses) para vigência plurianual, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do seguro coletivo.

16.2. Atualização das Obrigações Pecuniárias

16.2.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

16.2.2. As obrigações pecuniárias serão atualizadas monetariamente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

16.2.3. No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

16.2.4. No caso de recebimento indevido de prêmio do seguro, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

16.2.5. No caso de cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade.

16.2.6. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 18.2.1.** destas condições gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento.

16.2.7. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.

16.3. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

17. JUROS DE MORA

17.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora ou pelo Subestipulante ora previstas sujeitá-los-á aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês mais a atualização monetária prevista no **item 16.**

17.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

17.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

18.1.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este seguro, deverá o Subestipulante, ou o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s), ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

18.1.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora, por meio da Central de Atendimento ou pelo site: www.santander.com.br

18.1.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante destas condições gerais.

18.1.1.3. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e todos os esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

18.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

18.2.1. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até **30 (trinta) dias**, contados da data em que a Seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do evento coberto, de acordo com a relação constante do **item 18.3.** destas condições gerais.

18.2.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Nesse caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos, informações ou esclarecimentos complementares.

18.2.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.2.1. implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com o item 17, sem prejuízo de sua atualização de acordo com o item 16 destas condições gerais.

18.3. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

18.3.1. O Segurado ou seu Beneficiário deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos, necessários à regulação do processo de sinistro e à eventual indenização:

18.3.1.1. DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS CASOS DE SINISTROS

Para Todos os Eventos

Aviso de Sinistro preenchido na íntegra e assinado (formulário fornecido pela Seguradora);

Autorização para crédito em conta-corrente (formulário fornecido pela Seguradora).

Para Funcionários e Diretores

Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP), devidamente quitadas, do mês de ocorrência do sinistro e dos 2 (dois) meses anteriores ao mesmo (cópia simples);

Relação dos Trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês de ocorrência do sinistro (cópia simples).

Para Sócios

Contrato Social – última atualização (cópia simples).

Para Estagiários

Cópia do contrato de estágio vigente; relação dos estagiários com contrato ativo no mês de ocorrência do sinistro.

Para Segurado Titular

Cédula de Identidade e CPF (cópia simples);

Comprovante de endereço (cópia simples);

Carteira de trabalho (CTPS): cópia das seguintes páginas: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e página posterior) (cópia simples).

Para Segurado Dependente (Cônjuge)

Cédula de Identidade e CPF do Segurado Titular (cópia simples);

Cédula de Identidade e CPF do Segurado Dependente (Cônjuge) (cópia simples);

Comprovante de endereço (cópia simples);

Carteira de trabalho (CTPS) do Segurado Titular: cópia das seguintes páginas: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e página posterior) (cópia simples);

Certidão de casamento atualizada pós-óbito (cópia simples) ou Declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas (se vivia com alguém).

Para Segurado Dependente (Filhos)

Cédula de Identidade e CPF do Segurado Titular (cópia simples);
Cédula de Identidade e CPF do Segurado Dependente (Filhos) (se houver, cópia simples) ou Certidão de Nascimento (cópia simples);
Comprovante de endereço (cópia simples);
Carteira de trabalho (CTPS) do Segurado Titular: cópia das seguintes páginas: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho (página da admissão e página posterior) (cópia simples).

Para o(s) Beneficiário(s)

Cédula de Identidade e CPF (cópia simples);
Comprovante de endereço (cópia simples);
Declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do Segurado (se houver).

Para o evento Morte

Certidão de óbito;
Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal;
Laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o Segurado sinistrado.

Para o evento Morte Acidental

Certidão de óbito;
Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo);
Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal;
Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
Registro de Ocorrência Policial e Laudo Necroscópico.

Para o evento Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente

Carteira Nacional de Habilitação do Segurado (em caso de acidente com veículo);
Exames médicos da época da constatação da invalidez;
Relatório do médico assistente do Segurado, indicando o grau de invalidez definitiva do membro ou órgão, qualificado pela data em que foi diagnosticado;
Comunicado de Acidente de Trabalho para o caso de acidente na empresa (se houver);
Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
Registro de Ocorrência policial/Laudo policial (se houver).

Para evento Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Relatório do médico assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que ela foi diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrentes de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

Para evento Auxílio-Funeral Individual Dedutível

Certidão de óbito;
Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
Notas fiscais originais/eletrônicas dos gastos efetuados com o sepultamento/cremação.

Para o evento de Rescisão Trabalhista por Morte

Mesmos documentos dos eventos de morte ou morte acidental;

Contrato Social – última atualização (cópia simples);
Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas.

18.4. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do Segurado e de Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.5. Os atos ou as providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital Segurado individual reclamado.

19. PERDA DE DIREITOS

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

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

19.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

19.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; e
- b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro após a cobrança da diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada.

19.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Segurado:

- a. cancelar o seguro após o pagamento da indenização, e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; e
- b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

19.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

- a. cancelar o seguro após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

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

19.3.1. 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.

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

20. OBRIGAÇÕES DO SUBESTIPULANTE

20.1. São obrigações do Subestipulante:

20.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

20.1.2. 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 nestas condições gerais;

20.1.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

20.1.4. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro;

20.1.5. Discriminar a razão social da Seguradora nos documentos e nas comunicações referentes aos seguros, objeto deste contrato;

20.1.6. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros;

20.1.7. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

20.1.8. Fornecer à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

20.1.9. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante/Subestipulante.

20.2. É expressamente vedado ao Subestipulante:

20.2.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora.

20.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado.

20.2.4. Vincular a contratação do seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.

21. SUB-ROGAÇÃO

21.1. A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos e ações ao Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra o causador do sinistro.

22. TRIBUTOS

22.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios do seguro ou sobre capital segurado global total, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

22.2. Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas.

23. DISPOSIÇÕES GERAIS

23.1. O regime financeiro em que o seguro está estruturado é o de repartição simples, não estando prevista a devolução de prêmio, exceto nos casos estabelecidos nestas condições gerais.

23.2. O registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

23.3. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

23.4. 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.

23.5. As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

23.6. Mediante a contratação do seguro, o Subestipulante aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

23.7. As condições gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

24. PRESCRIÇÃO

24.1. O direito do Segurado e/ou Beneficiário em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil.

25. FORO

25.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o Subestipulante, Segurado, Beneficiário e a Seguradora, será sempre o foro de domicílio do Subestipulante, Segurado, Beneficiário, conforme o caso.

25.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

26. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

26.1. O segurado reconhece que, ao preencher a proposta com fornecimento das informações nela constantes, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante etc.). Os dados do segurado serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

26.2. O segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação a seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados etc.

26.3. O segurado está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail zs.protec.dados@zurich-santander.com.br.

26.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil.