

RESPONSA PROSPERA

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E AUXÍLIO-FUNERAL
CONDIÇÕES GERAIS

Resposta Prospera

Condições Gerais

Versão 2

PROCESSO SUSEP: 15414.902069/2019-01
CNPJ: 87.376.109/0001-06

SEGURO DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA E AUXÍLIO-FUNERAL CONDIÇÕES GERAIS

■ SUMÁRIO

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	9
3. COBERTURAS DO SEGURO	9
4. RISCOS EXCLUÍDOS	13
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	16
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	16
7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO	16
8. VIGÊNCIA DO SEGURO	18
9. RENOVAÇÃO DO SEGURO	18
10. CAPITAL SEGURADO	19
11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO	19
12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO	20
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	20
14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	21
15. JUROS DE MORA	22
16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO	22
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	22
17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO	22
18. PERDA DE DIREITOS	24
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	24
20. SUB-ROGAÇÃO	26
21. TRIBUTOS	26
22. DISPOSIÇÕES GERAIS	26
23. PRESCRIÇÃO	27
24. FORO	27

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o Banco Santander (Brasil) S/A, designado Estipulante, contratam o **Seguro Diária de Incapacidade Temporária e Auxílio-Funeral**, 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 independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a. incluem-se nesse conceito:

a.1. o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; **a.2.** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; **a.3.** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; **a.4.** os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e **a.5.** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas. **a.6.** os acidentes decorrentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos.

b. excluem-se desse conceito:

b.1. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; **b.2.** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; **b.3.** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e **b.4.** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Aceitação: é a aprovação, pela Seguradora, da proposta a ela submetida para contratação de seguro.

Aditivo: equivalente ao endosso, é o instrumento de contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na apólice. 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, dessa forma, indicam um aumento de taxa ou alteração das condições normais de seguro.

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

Aviso de Sinistro: é a comunicação para a seguradora, realizada pelo segurado ou outra pessoa, sobre a ocorrência do risco coberto pelo seguro.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica indicada para receber o valor do capital segurado em caso de ocorrência do sinistro, podendo ser inclusive o próprio segurado.

C

Capital Segurado: é o valor máximo de indenização para a cobertura contratada, a ser pago pela seguradora na ocorrência de sinistro coberto, definido no certificado individual de seguro.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir da data do início de vigência do certificado individual ou do aumento do capital segurado, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência é definida de forma individual, por cada cobertura, podendo existir ou não.

Certificado Individual de Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação, da renovação ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio do seguro. Esse documento contém informações particulares do seguro, coberturas contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência e beneficiários.

Coberturas do Seguro: são as garantias passíveis de contratação, disponibilizadas pela Seguradora, definidas em condições gerais. As coberturas contratadas constarão na proposta, apólice e/ou certificado individual de seguro.

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

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

Contrato de Seguro: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados 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 73/1966. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Data do evento: é a data da ocorrência do risco coberto (sinistro).

Danos Estéticos: é o dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe reduções, deformidades, deformações, **não estando cobertos em hipótese alguma pelo presente produto.**

Danos Morais: é a denominação dada a tudo o que traz como consequência ofensa à honra, ao afeto, à liberdade, à profissão, ao respeito aos mortos, à psique, à saúde, ao nome, à imagem, ao crédito, ao bem-estar e à vida, sem que necessariamente haja prejuízo econômico, **não estando cobertos em hipótese alguma pelo presente produto.**

Dependentes: entende-se como dependentes para a cobertura de auxílio-funeral **o cônjuge e os filhos.**

Diária: valor monetário referente a 1 (um) dia.

Doenças: É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana. Também caracterizada pela alteração biológica do estado de saúde de uma pessoa, manifestada por alteração da condição normal de um corpo (sintomas).

Doenças, lesões, sequelas e acidentes preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de início de vigência do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro, com ou sem utilização de medicamentos. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

Dolo: é a prática intencional de ato ou omissão de fato de que resulte crime. É a vontade deliberada de produzir o dano.

E

Endosso: é o documento expedido pela Seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro.

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos Segurados, representando-os perante a Seguradora.

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

F

Filhos e enteados dependentes: filho ou enteado, de até 21 anos de idade, ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho, ou de até 24 (vinte e quatro) anos, se ainda estiver cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau.

Franquia: é o período contínuo de tempo, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

G

Grupo Segurado: é a totalidade de componentes do grupo segurável que tenha proposto o seu respectivo ingresso no seguro e que nele tenha sido incluído, após aceitação da Seguradora.

Grupo Segurável: é constituído pelas pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

H

Hospital: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como Hospital: casa de saúde, ambulatórios, centro de diagnose, laboratórios, “day hospital”, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.**

Hospitalização ou Internação Hospitalar: é a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.

I

Incapacidade Temporária: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

Internação Hospitalar: é a internação em Hospital em período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

M

Má-Fé: é a intenção de prejudicar ou fraudar outrem, a fim de alterar a verdade, para conseguir objetivos ilegais.

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.**

Meio Remoto: são os canais que permitem a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como: rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

P

Prejuízo: é a perda econômica/material decorrente dos eventos cobertos pelo seguro.

Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora para que esta assumo o risco a que o Segurado está exposto. O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado possa fazer jus às coberturas deste seguro.

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

Proponente: é a pessoa física que, tendo interesse segurável, propõe à Seguradora a aceitação do seguro, apresentando-lhe a proposta de seguro devidamente preenchida e assinada.

Proposta de Adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa física ou eletronicamente (por meio de login e senha, certificação digital ou outro meio remoto) a intenção de aderir à contratação coletiva do seguro, manifestando conhecimento das condições gerais.

Pro Rata Temporis: é o cálculo proporcional a determinado prazo.

R

Regulação de sinistro: processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos, providenciar a indenização devida nos termos do mesmo.

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, sendo chamado de “regime de caixa” e não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Reintegração do Capital Segurado: É o restabelecimento do capital segurado após o pagamento de uma indenização.

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

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, que não esteja expressamente indicado como Risco Excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à cobertura do seguro, o qual será assumido pela Seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do Segurado, desde que previsto nas condições contratuais do seguro.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais do seguro, que não estão cobertos.

S

Segurado: é a pessoa física, cuja inclusão foi aceita pela seguradora, que adere ao plano de seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, a qual garante os riscos especificados no contrato de seguro, aqui a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

Seguro: é um acordo pelo qual uma das partes se obriga a indenizar outra parte pela ocorrência de eventos definidos ou por eventuais prejuízos, mediante pagamento de prêmio. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra eventos incertos.

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

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

V

Vigência do Seguro: é o prazo de duração da apólice mestra emitida em favor do Estipulante.

Vigência do Seguro Individual: é o prazo de duração do seguro contratado para cada Segurado expresso no Certificado Individual de Seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado o recebimento do capital, limitado ao valor contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nestas condições gerais, durante o período de vigência deste seguro, **respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais e do contrato de seguro.**

3. COBERTURAS DO SEGURO

As coberturas descritas a seguir não podem ser contratadas isoladamente.

3.1. Diária de Incapacidade Temporária por acidente ou doença (DIT): garante ao Segurado o pagamento de diárias (valor fixo por dias de afastamento), no caso de este ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer

temporariamente sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal ou doença coberta, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, desde que acompanhado por orientação médica e comprovado, respeitada a franquia definida e observado o limite de diárias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições gerais, conforme descrito no item 4.**

3.1.1. Será indenizado o máximo de 5 (cinco) diárias por evento coberto.

3.1.1.1. A contagem das diárias indenizáveis inicia a partir do 1º (primeiro) dia após o período da franquia da cobertura.

3.1.2. Os acionamentos estão limitados a 2 (dois) por ano de vigência.

3.1.2.1. O segurado está sujeito ao cumprimento da franquia a cada acionamento, **não sendo permitido o acionamento para o mesmo evento, mais de uma vez.**

3.1.3. O valor da indenização será o resultado da multiplicação dos dias de afastamento, deduzida a franquia, pelo valor da diária, definido no documento de contratação.

3.1.4. As indenizações de diária não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

3.1.5. A contratação desta cobertura não implica em garantia de internação hospitalar ou pagamento de gastos médicos. É de responsabilidade do segurado a obtenção de atestado médico ou de vaga para internação em hospital, se for o caso.

3.1.6. A Seguradora poderá solicitar perícia médica para os casos em que não haja determinação da quantidade de dias de afastamento das atividades profissionais ou em caso de discordância da quantidade apontada pelo médico assistente do segurado.

3.1.7. Em caso de indenização, haverá reintegração das diárias após o aniversário da apólice.

3.2. Auxílio-Funeral Familiar (AF-Familiar): garante o **reembolso** das despesas incorridas com o funeral (sepultamento ou cremação) do Segurado Titular ou de seus dependentes, limitado ao capital contratado para esta cobertura, ou a **prestação dos serviços** de assistência funeral, através de rede credenciada, em caso de morte do Segurado Titular ou de seus dependentes, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

3.2.1. Para que tenham direito a esta cobertura, entende-se como dependentes:

3.2.1.1. O cônjuge, sendo o(a) companheiro(a) equiparado ao cônjuge, desde que comprovada a união estável, nos termos da legislação em vigor, na data do sinistro.

3.2.1.2. Os filhos, considerando-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 sobre a Renda – IRPF, assim, estão cobertos os filhos de até 21 (vinte e um) anos, ou até os 24 (vinte e quatro) anos se estiverem frequentando curso técnico ou faculdade. No caso de filhos incapazes, não há limite de idade, mas é preciso ter documentos que comprovem a incapacidade física ou mental para o trabalho.

3.2.2. Caso seja optado pelo reembolso:

- a. Optando pelo reembolso, será vedada a utilização dos serviços dos prestadores credenciados;
- b. O Segurado Titular, dependentes, familiares ou pessoa responsável poderá optar pelo reembolso dos gastos relacionados diretamente ao sepultamento ou cremação do segurado ou dependente coberto, mediante a apresentação dos comprovantes originais (notas fiscais) das respectivas despesas, contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, até o limite contratado.

3.2.3. Caso seja optado pela prestação de serviços:

- a. O Segurado Titular, dependentes, familiares ou pessoa responsável deverá, antes da tomada de qualquer medida, solicitar os serviços através da central de atendimento da Seguradora, disponível no certificado e na página do produto no site www.santander.com.br/seguros.
- b. Optando pela prestação de serviços, será vedada a solicitação de reembolso.
- c. A Seguradora disponibilizará os serviços descritos a seguir, através de uma empresa terceirizada e especializada:
 - i. **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.
 - ii. **Assistência Social:** liberação do corpo, onde for necessário, e atendimento ao responsável (de qualquer local).
 - iii. **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, observado o seguinte:
 - **caso o Município não disponha do serviço de cremação, mas a família venha optar por esse procedimento, as despesas com o traslado até o local da cremação ficarão a cargo da família;**
 - **não estão amparadas pela assistência as despesas com a exumação dos corpos que estejam em jazigo, quando do sepultamento;**
 - **não serão prestados os serviços de assistências, quando houver impedimento por parte de familiares; e**
 - **está coberto pelo seguro o sepultamento ou a cremação de membros ou órgãos, desde que respeitadas as determinações legais.**
 - iv. **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. A locação somente poderá ocorrer em jazigo de cemitérios municipais, quando disponível na cidade. Caso a família ou o responsável opte por locação em cemitério particular, os custos deverão ser compatíveis aos dos cemitérios públicos. Caso os custos não sejam compatíveis, a família será responsável pelo pagamento da diferença a maior. Após o período de 3 (três) anos, a família será responsável pela exumação do corpo ou pela manutenção da locação do jazigo por novo período.

- v. **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 falecido, será providenciada passagem aérea na classe econômica, ou rodoviária, para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.
- vi. **Serviços de repatriamento/retorno do corpo:** em caso de falecimento durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, com transporte em esquife até o município de domicílio do Segurado falecido.
- vii. **Demais serviços incluídos:** os serviços de assistência funeral também concedem o que segue:
 - Urna:** sextavada de madeira maciça, com ou sem visor, tampo liso, seis alças ou alças tipo varão, forrada em tecido, com babado, acabamento externo em verniz de alto brilho;
 - Coroa de flores:** 1 (uma) coroa de flores da estação;
 - Ornamentação de urna:** realizada com flores da estação;
 - Paramentos:** jogo de paramentos, castiçais e velas que ficarão no local do velório, bem como os aparelhos de ozona;
 - Mesa de condolências:** livro ou folha para assinaturas;
 - Velório:** locação em salas velatórias públicas. Em salas particulares os valores deverão ser similares aos valores das públicas;
 - Registro de óbito:** registro em cartório com guia e certidão. Será fornecida uma cópia da certidão de óbito;
 - Carro funerário:** veículo para transporte;
 - Traslado do corpo:** transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito para a cidade de domicílio do Segurado no Brasil, por meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada.
A prestadora de serviço determinará se o transporte será aéreo ou terrestre, dependendo da distância do traslado e logística de deslocamento do local; e
 - Transmissão de mensagens:** a prestadora de serviço transmitirá mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do Segurado.
- d. A empresa que prestará o serviço poderá solicitar documentos para comprovar o vínculo familiar entre o Segurado Titular e seus dependentes e o responsável deverá cooperar com o serviço de assistência funeral, a fim de possibilitar que sejam prestados os serviços aqui mencionados, inclusive, se houver necessidade, por meio do envio de documentos originais, à custa do serviço de assistência, para o cumprimento das formalidades necessárias.
- e. **O serviço estará disponível 7 (sete) dias por semana e 24 (vinte e quatro) horas por dia.**
- f. Todos os itens oferecidos 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.

- g.** O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado, descrito no certificado, e não caberá qualquer tipo de reembolso adicional.
- h.** Caso os responsáveis optem pela contratação de outros serviços ou itens acima do valor estabelecido, este deverá ser pago pelos familiares ou responsáveis diretamente ao prestador de serviço e não haverá reembolso dessas despesas.
- i.** Fica estabelecido que os serviços garantidos pelo seguro não poderão ser prestados nos municípios em que a legislação não permita que a Seguradora ou seus prestadores de serviço intervenham para a realização do funeral. Nesse caso, o responsável pelo pagamento das despesas deverá efetuar o serviço de funeral e solicitar junto à Seguradora o reembolso das despesas com funeral.

■ 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.** lesões traumáticas ou cirúrgicas, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro e omitidas na proposta de adesão e de conhecimento do Segurado;
- b.** atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente, 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;
- c.** suicídio ou tentativa de suicídio, e suas consequências se ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro;
- d.** 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;
- e.** de epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão público competente;
- f.** inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos e outras convulsões da natureza;
- g.** prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h.** tratamentos clínicos ou cirúrgicos não reconhecidos no código de ética médica ou experimentais e tratamentos com medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização.

- i. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;
- j. eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei; e
- k. eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estarão excluídos da cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ou doença os afastamentos inferiores ao período de franquia estabelecidos no item 6.2 e afastamentos consequentes de:

- a. invalidez permanente, seja esta parcial ou total, tendo em vista que esta cobertura cobre apenas diárias de incapacidade temporária;
- b. tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética e para senilidade, rejuvenescimento, geriatria, repouso, convalescença, emagrecimento estético, geriátricos e suas consequências;
- c. gravidez, parto, aborto e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal, neste caso, a segurada deverá comprovar o nexo causal por meio de comprovação de imagens ou boletim de ocorrência;
- d. recuperação após a alta médica e seguimentos cirúrgicos após alta hospitalar, incluídos cuidados com curativos e remoção de placas;
- e. check-ups, exames de diagnóstico, consultas, aconselhamento ou acompanhamento médico e exames de seguimento após tratamento;
- f. LER (Lesão por Esforço Repetitivo), DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e as incidências associadas e eventos considerados acidentários relativos às atividades laborais bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- g. doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- h. procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como as suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- i. tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- j. tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- k. afastamento para tratamento fisioterápico;

- l. infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/ AIDS);**
- m. cirurgias ou microcirurgias para correção de miopia, ortognática (mandíbula e maxilar) ou de varizes e microvasos;**
- n. anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;**
- o. doença parasitária e infecciosas transmitidas por picada de insetos;**
- p. DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS (síndrome do pânico, estresse, depressão, transtornos do humor, transtornos de ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar, episódios maníacos, transtorno obsessivo compulsivo, transtornos de alimentação (anorexia e bulimia) ou quaisquer outros distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, mesmo que decorrentes de doença ou lesão cobertas. Inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- q. doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson;**
- r. acompanhamento de outros pacientes;**
- s. lesões autoprovocadas;**
- t. consumo excessivo de álcool, incluindo doenças causadas ou agravadas por este comportamento;**
- u. colocação, ajustamento ou complicações de próteses (internas e externas) e aparelhos em decorrência de doença ou acidente ocorrido anteriormente à vigência do seguro;**
- v. doenças dermatológicas não transmissíveis por contato físico;**
- w. procedimentos profiláticos, ou seja, de prevenção;**
- x. uso de drogas ilegais, incluindo doenças causadas ou agravadas por este comportamento; e**
- y. rejeição de órgãos transplantados anteriormente ao início da vigência do seguro;**

4.3. Além dos riscos mencionados no item 4.1, estarão excluídos da cobertura de Auxílio-Funeral e, portanto, a Seguradora não indenizará ou responderá pela cobertura nas seguintes situações:

- a. a aquisição de jazigo;**
- b. o traslado do corpo para cremação até outro município onde a cremação será efetuada;**
- c. a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;**
- d. despesas decorrentes de confecção, manutenção ou recuperação de jazigos;**

- e. **despesas com aquisição de lápides, gravações, cruzeiros ou outra ornamentação;**
- f. **despesas com anúncios em jornais, revistas e similares;**
- g. **despesas com alimentação e vestimentas;**
- h. **necromaqueamento; e**
- i. **técnicas de preservação (tanopraxia ou embalsamento), a não ser que as condições sanitárias e de transporte exijam.**

■ 5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1. Este seguro cobre os eventos ocorridos em todo o 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 E FRANQUIA

6.1. CARÊNCIA

6.1.1. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão definidos na proposta de contratação e na apólice.

6.2. FRANQUIA

6.2.1. Para segurados autônomos, haverá franquia de 3 (três) dias para a diária de incapacidade temporária para o evento de doença, ou seja, somente estão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir do 4º (quarto) dia do afastamento.

6.2.2. Para segurados em regime CLT, haverá franquia de 15 (quinze) dias para a diária de incapacidade temporária para qualquer evento, ou seja, somente estão cobertas as internações hospitalares efetivadas a partir do 16º (décimo sexto) dia do afastamento.

■ 7. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora, que terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou a recusa da proposta.

7.2. O recebimento antecipado do prêmio de seguro não implica em aceitação por parte da Seguradora.

7.3. A contratação do seguro se formalizará após a aceitação pela Seguradora da proposta de adesão devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, por meio físico ou por meio digital, bem como a entrega de documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.3.1. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no **item 7.1** ficará suspenso, voltando a ser contado na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação solicitada à Seguradora.

7.4. O Segurado deve ter conhecimento das condições contratuais do seguro e as demais informações definidas pelas disposições legais e regulamentares em vigor.

7.4.1. Caso seja disponibilizada, a contratação do seguro por meio remoto somente poderá ocorrer se o proponente individual estiver cadastrado previamente em ambiente seguro, fornecido pela Seguradora ou pelo Estipulante, ou ainda ter certificação digital nos órgãos competentes.

7.5. Para aceitação no seguro o proponente deverá ter idade mínima de 18 (dezoito) anos e a idade máxima de 70 (setenta) anos completos na data da entrega da proposta de adesão e se encontrar em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

7.6. Após a aceitação do seguro pela Seguradora o proponente individual passará a condição de Segurado.

7.7. A cada Segurado incluído no seguro, a cada renovação e alteração no seguro, será gerado um certificado individual de seguro, podendo gerar envio ao segurado ou disponibilização por meio digital. O prazo para emissão do certificado individual de seguro é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão ou efetivação da alteração (endosso).

7.8. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a Seguradora deverá comunicar por escrito ao proponente individual, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **7.1**.

7.9. 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 será restituído ao proponente individual, 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. Neste caso, o proponente individual terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.10. Na contratação do seguro, o proponente individual poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da proposta de adesão, desistir da sua contratação, mediante formalização por escrito entregue à Seguradora ou através dos meios remotos disponibilizado para tal fim.

7.10.1. Nesta hipótese, haverá devolução integral do prêmio pago.

7.11. É vedada a contratação do seguro por procuração.

■ 8. VIGÊNCIA DO SEGURO

8.1. A apólice de seguro vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e na apólice de seguro podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período, salvo se a seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

8.2. Para os proponentes individuais que vierem a aderir ao seguro, a vigência do seguro será de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.2.1. Para as propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.2.2. As propostas de adesão recepcionadas com pagamento do prêmio total ou da primeira parcela terão seu início de vigência do seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da recepção da proposta pela sociedade seguradora, desde que aceitas.

■ 9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A apólice de seguro poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o estipulante ou a Seguradora manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias ao final da vigência da Apólice, ou 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 seguintes deverão haver manifestações expressas do Estipulante 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. Durante a vigência da referida apólice a Seguradora não poderá efetuar o cancelamento sob alegação de agravamento da natureza do risco.

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

9.6. 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.

■ 10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O capital segurado será estabelecido na proposta de adesão e nos certificados individuais do seguro, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

10.1.1. Para a cobertura de diária de incapacidade temporária por acidente ou doença, o Segurado terá um limite total de 10 (dez) diárias por ano de vigência, divididas em 2 (dois) eventos com limite de 5 (cinco) diárias para cada evento, sendo assim, o capital segurado máximo indenizável por ano de vigência corresponderá ao valor das diárias, definidas no certificado, multiplicado por 10 (dez).

10.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado data do evento:

- a. Para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente ou doença, a data do afastamento por incapacidade, devidamente diagnosticado pelo médico assistente do Segurado.
- b. Para a cobertura de auxílio-funeral, a data do falecimento.

■ 11. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

11.1. A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do seguro serão indicadas na proposta de adesão no certificado individual de seguro.

11.2. O prêmio do seguro será pago de forma mensal, de acordo com o estabelecido na contratação.

11.3. O prêmio do seguro será pago através de débito em conta-corrente ou outra forma de cobrança que será indicada na proposta e no certificado individual de seguro.

11.4. 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.

11.5. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de cobrança de qualquer uma de suas parcelas, sem que esse tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

11.6. O segurado deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independentemente de qualquer indenização que tenha sido efetuada em caso de DIT ou funeral para cônjuge e filhos.

11.7. Sinistro ocorrido durante o período de inadimplência terá cobertura mediante abatimento da indenização.

11.8. Não haverá devolução de prêmios no seguro, respeitada a vigência dos prêmios pagos.

11.9. Este seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, dependentes ou ao Estipulante.

■ 12. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

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

12.1.1. 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.

12.1.2. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no **item 12.1.1**, com a consequente cobrança de prêmio devido.

12.2. A falta de pagamento da primeira parcela do seguro implicará no cancelamento do seguro, sem direito à cobertura.

■ 13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. a Apólice do seguro poderá ser cancelada nas seguintes situações:

- a. a qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b. pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas Condições Gerais e no contrato de seguro.
- c. se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice; e
- d. ao final de vigência, se esta não for renovada.

13.2. O seguro individual (certificado individual de seguro) poderá ser cancelado nas seguintes condições:

- a. **por falta de pagamento, conforme item 12;**
- b. **com a morte do Segurado;**
- c. **por solicitação do Segurado, a qualquer momento;**
- d. **se o Segurado, o dependente ou o 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;**
- e. **se o Segurado 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;**
- f. **na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente seguro;**

- g. com o cancelamento ou o fim de vigência sem renovação da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Segurado;**
- h. com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas “e” e “f”, implicando na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização; e**
- i. findo o prazo de vigência do seguro, sem que o mesmo tenha sido renovado.**

13.3. Não restabelecido o pagamento do prêmio, o segurado será informado do cancelamento da apólice, com o prazo de vigência da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago, tomando-se por base o cálculo “*Pro rata temporis*”, ou seja, será proporcional ao período pago.

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

■ 14. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

14.1. Os capitais segurados, seus correspondentes prêmios e as obrigações pecuniárias do seguro, listadas nos itens **14.1.1** a **14.1.5**, sujeitam-se à atualização monetária pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

14.1.1. 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.

14.1.2. 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.

14.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente, devidamente atualizado desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

14.1.4. Na hipótese de não pagamento da parcela do seguro no prazo previsto no item **17.2.1.**, destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme item **10.2.**

14.2. A atualização monetária dos capitais segurados e seus correspondentes prêmios será efetuada com base na variação acumulada dos últimos doze meses, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

14.3. No caso de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

14.4. 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 contrato.

■ 15. JUROS DE MORA

15.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora, pelo Estipulante e pelos Segurados, ora previstas, os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista no **item 14**.

15.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas Condições Gerais.

15.3. 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 contrato.

■ 16. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

16.1. Para a cobertura de diária de incapacidade temporária por acidente ou doença, o Beneficiário será o próprio Segurado.

16.2. Para a cobertura de Auxílio-Funeral Familiar, o Beneficiário será a 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.

■ 17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

17.1.1. Em caso de sinistro o Segurado ou seu Representante deverá:

- a. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora por meio da Central de Atendimento ao Cliente, pelo site: www.santander.com.br ou outros canais disponibilizados pela Seguradora.
- b. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos conforme **item 17.3**.
- c. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

17.2. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

17.2.1. 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 17.3**, documentos para Sinistro, destas Condições.

17.2.2. 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 ser contado a partir do dia útil subsequente àquele da data do recebimento pela Seguradora dos documentos, informações ou esclarecimentos complementares.

17.2.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto no **item 17.2.1** implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com o **item 15.1**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com o **item 14.1** destas Condições Gerais.

17.2.4. O evento deverá ser comprovado mediante apresentação à Seguradora de declaração médica válida a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames adicionais para comprovação dos eventos cobertos, desde que não suficiente a documentação obrigatória apresentada, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

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

17.2.6. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro desempatador, 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.

17.2.7. 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.

17.2.8. Para fins de indenização, a liquidação do sinistro será realizada em parcela única.

17.3. DOCUMENTOS PARA SINISTRO

17.3.1. DOCUMENTOS COMUNS A TODOS OS CASOS DE SINISTRO

- i.** Autorização para crédito em conta-corrente, com descrição da conta-corrente a ser depositado o valor de indenização (formulário original fornecido pela Seguradora);
- ii.** RG/RNE e CPF ou CNH do Segurado (cópia simples);
- iii.** Comprovante de endereço (cópia simples).

17.3.2. EM CASO DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DO SEGURADO

- i.** Laudos ou atestado, com a descrição dos dias afastados das atividades laborais, com CRM do médico e CID.
- ii.** Caso o segurado seja autônomo: cópia autenticada do comprovante da atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda ou Recibo de Pagamento de Autônomo ou Carnê Leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada ou Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.
- iii.** Caso o Segurado esteja em regime CLT: cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho Tempo de Serviço - CPTS: página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho.

17.3.3. EM CASO DE AUXÍLIO-FUNERAL

- i.** Certidão de óbito do Segurado sinistrado;
- ii.** Comprovantes (notas fiscais ou recibos) das despesas realizadas com funeral, em nome do solicitante;
- iii.** Comprovante de vínculo, em caso de sinistro de cônjuge ou filhos;
- iv.** Cópia do RG e CPF ou CNH do responsável pelo pagamento das despesas com o funeral;
- v.** Comprovante de residência do responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

■ 18. PERDA DE DIREITOS

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

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

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

18.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

18.2.1.2. 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 dependente ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

18.2.1.3. 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.

18.3. 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 silenciou de má-fé.

18.3.1. 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.

18.3.2. 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.

■ 19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

19.2. 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.

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

19.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, com informações sobre o prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

19.5. Repassar para a Seguradora o valor do prêmio recolhido dos Segurados, nos prazos determinados como data de vencimento. A ausência de repasse dos prêmios recolhidos dos Segurados à Seguradora não causará qualquer prejuízo aos Segurados no que se refere à cobertura securitária, mas implicará em responsabilidade civil para o Estipulante.

19.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

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

19.8. Avisar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

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

19.10. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.11. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer informações procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

19.12. Fazer constar da proposta de adesão o percentual e valor da remuneração recebida da Seguradora, devendo o Segurado ser também informado sobre os valores monetários deste pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

19.13. É expressamente vedado ao Estipulante:

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

19.13.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;

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

19.13.4. Vincular a contratação do seguro objeto deste convênio a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a esses produtos.

■ 20. SUB-ROGAÇÃO

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

■ 21. TRIBUTOS

21.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios ou o capital segurado deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

■ 22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. O registro deste plano na Superintendencia de Seguros Privados - SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

22.2. Para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

22.3. 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.

22.4. 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.

22.5. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas Condições Gerais.

22.6. Na hipótese de rescisão do contrato de seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

22.7. As Condições Gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

22.8. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado 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.

■ 23. PRESCRIÇÃO

23.1. O direito do Segurado em pleitear indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos na legislação em vigor.

■ 24. FORO

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

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