



Seguro Vida Empresa Plurianual

CONDIÇÕES GERAIS



Seguro Vida Empresa Plurianual

Condições Gerais

Versão 12/2025

PROCESSO SUSEP: 15414.901263/2015-38

CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

- 1.** Definições e Terminologias do Seguro - Pág. 4
- 2.** Objetivo do Seguro - Pág. 8
- 3.** Coberturas do Seguro - Pág. 9
- 4.** Riscos Excluídos - Pág. 16
- 5.** Âmbito geográfico das coberturas - Pág. 18
- 6.** Carência e Franquia - Pág. 18
- 7.** Condições para contratação e manutenção do Seguro - Pág. 18
- 8.** Vigência do Seguro - Pág. 22
- 9.** Renovação do Seguro - Pág. 23
- 10.** Agravamento de Risco - Pág. 23
- 11.** Capital Segurado - Pág. 23
- 12.** Beneficiário do Seguro - Pág. 24
- 13.** Custeio do Seguro - Pág. 24
- 14.** Prêmio e Pagamento do Seguro - Pág. 24
- 15.** Falta de Pagamento do Seguro - Pág. 25
- 16.** Cancelamento Seguro - Pág. 26
- 17.** Atualização dos valores do Seguro - Pág. 28
- 18.** Juros de Mora - Pág. 29
- 19.** Procedimentos em caso de Sinistro - Pág. 29
- 20.** Junta Médica - Pág. 33
- 21.** Perícia da Seguradora - Pág. 33
- 22.** Perda de Direitos - Pág. 34
- 23.** Obrigações do Estipulante - Pág. 34

- 24.** Sub-Rogação - Pág. 36
- 25.** Tributos - Pág. 36
- 26.** Disposições Gerais - Pág. 36
- 27.** Prescrição - Pág. 37
- 28.** Foro - Pág. 37
- 29.** Tratamento de Dados Pessoais - Pág. 37

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 voluntário, 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, exceto se decorrer de acidente de atividade laboral;
- 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 em favor da qual é devida a indenização em caso de Sinistro.

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 certificado Individual do seguro ou do aumento do capital, durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.

Certificado de Seguro: documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

Coberturas do Seguro: é o conjunto de riscos cobertos elencados na apólice. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Proposta e Certificado de Seguros

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes, das , da Apólice, da Proposta de Contratação e do Certificado Individual de Seguro..

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

CONDIÇÕES GERAIS



SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

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 Coletivo: 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:** profissional habilitado, pessoa jurídica, autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas..

Culpa: conduta negligente ou imprudente, sem propósito de lesar, mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem.

D

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

Despesas de Contratação: são despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes Preexistentes: são doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, e que tenham sido voluntariamente omitidas, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente de seu estado de saúde.

Doença preexistente: é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

Dolo: má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

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 emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado

Estipulante: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído destas condições gerais do seguro.

F

Franquia: é o período, contado a partir da data de ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá coberturado seguro.

G

Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, , respeitando o Limite Máximo de Indenização da respectiva cobertura vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

L

Liquidação de Sinistro: etapa de apuração do valor devido e realização do pagamento da indenização relativa ao sinistro.

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.**

O

Obrigação: compromisso contratual assumido por uma das partes, seja o segurador, o segurado, o estipulante ou o beneficiário, de cumprir determinada prestação ou conduta.

P

Parcela: corresponde ao valor pago ou a ser pago pelo Segurado ao Estipulante, com periodicidade definida, para amortização da obrigação assumida em razão do contrato prévio firmado com o Estipulante.

Parcelas Vencidas: são as parcelas com data de vencimento anterior   data de ocorrência do sinistro ou com vencimento durante o período da franquia.

Parcelas Vincendas: são as parcelas com data de vencimento posterior à data de ocorrência do sinistro.

Prêmio: É o valor a ser pago à Seguradora pelo Segurado ou Estipulante para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.

Prescrição: É a perda da pretensão para exercer determinado direito de a  o, 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 que propõe oferta ou adesão de seguro.

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.

Q

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

R

Regulação de Sinistro: é o conjunto de procedimentos realizados pela seguradora após a ocorrência de um evento avisado, com o objetivo de apurar a existência de cobertura, assim como suas causas, circunstâncias e a extensão dos danos, bem como quantificar o valor a ser indenizado, conforme as condições acordadas no contrato de 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, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Risco : é um evento futuro e incerto, , de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

S

Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: é a ocorrência do risco coberto, e não excluído, durante o período de vigência do seguro.

Suicídio Voluntário: é o ato de tirar voluntariamente a própria vida.

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: intervalo contínuo de tempo durante o qual estará em vigor o contrato de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado individual, total ou parcial, ao Segurado ou a seus Beneficiários, de acordo com as coberturas contratadas indicadas na proposta de

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

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

Cabeça e	Olhos / Visão	Perda total e incurável de visão dos olhos (um ou ambos)	100%
		Lesão definitiva das vias lacrimais (uma ou ambas)	25%
		Diplopia definitiva ("visão dupla")	15%
		Entrópio ou Ectrópio das pálpebras / "pálpebra invertida" (uma ou ambas)	15%
		Incapacidade de fechar/ocluir os olhos (um olho ou ambos)	10%
		Ptose palpebral / "pálpebra caída" (uma ou ambas)	10%
	Nariz / Olfato	Amputação total do nariz	25%
		Perda total e incurável do olfato	10%
	Sistema nervoso	Alienação mental total e incurável	100%
		Epilepsia pós-traumática	20%
		Hidrocefalia com tratamento por derivação ventrículo- peritoneal	20%
		Síndrome pós-concussão	10%

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL



Pescoço	Orelhas / Ouvidos / Audição	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos, ou de um ouvido quando o Segurado já for surdo do outro	100%	
		Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%	
		Amputação total das duas orelhas	20%	
Cabeça e Pescoço		Amputação total de uma orelha	10%	
		Mudez incurável	100%	
		Perda de substância do palato mole e/ou duro	20%	
	Boca / Fonação	Amputação total da língua ou parcial em mais de 50%	50%	
		Amputação parcial da língua em menos de 50%	15%	
		Anquilose (“rigidez”) total da articulação temporomandibular	30%	
		Fratura não consolidada (pseudartrose) da mandíbula	25%	
		Paralisia incurável de duas pregas/cordas vocais	30%	
		Paralisia incurável de uma prega/corda vocal	10%	
	Pescoço / Coluna cervical	Imobilidade total do segmento cervical da coluna vertebral	100%	
		Traqueostomia definitiva	40%	
		Hérnia traumática de disco cervical	20%	
		Estenose (“estreitamento”) da faringe com obstáculo à deglutição	20%	
	Braços e mãos	Braços	Perda total do uso dos membros superiores (um ou ambos)	100%
			Fratura não consolidada (pseudartrose) de um dos úmeros	50%
Fratura não consolidada (pseudartrose) de um dos segmentos rádio-ulnares			30%	
Anquilose (“rigidez”) total de um ombro			25%	
Anquilose (“rigidez”) total de um cotovelo			25%	
Anquilose (“rigidez”) total de um punho			20%	
Mãos e dedos		Perda total do uso das mãos (uma ou ambas)	100%	
		Perda total do uso de um dos polegares (com comprometimento total da função de “pinça”)	100%	
		Perda total do uso de um dos polegares (sem comprometimento total da função de “pinça”)	30%	
		Perda total do uso de um dos outros dedos (indicador, mínimo, médio ou anular/”anelar”)	15%	
		Perda total do uso da falange distal do polegar	15%	
		Perda total do uso de qualquer falange dos dedos da mão, excluídas as do polegar	5%	
		Pneumectomia total (“retirada total de um pulmão”)	75%	

Tronco	Pulmões / Sistema respiratório	Pneumectomia parcial ou segmentectomia pulmonar ("retirada parcial do pulmão") com redução definitiva da função respiratória	50%
		Pneumectomia ou segmentectomia pulmonar ("retirada total ou parcial do pulmão") com função respiratória preservada	15%
		Hérnia diafragmática traumática (com comprometimento respiratório)	40%
		Hérnia diafragmática traumática (sem comprometimento respiratório)	20%
		Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%

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, 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.

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% sobre o valor que consta na tabela da cláusula 3.3.2.1.

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 60°; 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 autonômicas 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, desempatador, 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, consequentemente, 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. de lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes no momento da contratação do presente seguro, que não foram voluntariamente declarados na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado;
- b. de atos ilícitos ou provocação dolosa de sinistro, observada a hipótese prevista no item “d”, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora;
- c. da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive 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;
- d. suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: do início de vigência individual do seguro; ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/ Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;
- e. do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;
- f. 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 consequentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g. de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier de atividades laborais do Segurado, 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;
- h. de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;

- i. 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;
- j. nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos ou provocação dolosa praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.
- k. invalidez temporária do Segurado, despesas médicas, diárias hospitalares em geral, encargos de farmácia, honorários para intervenções cirúrgicas, despesas de remoção e correlatas;
- l. danos estéticos ou eventos que tenham relação com cirurgias plásticas, tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em qualquer modalidade, exceto obesidade classificada como mórbida;
- m. tratamentos experimentais ou tratamentos não reconhecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde;
- n. uso de remédios e/ou substâncias experimentais ou não reconhecidas pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para tratamento de doença ou acidente de qualquer natureza;
- o. o) automutilações.

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 progresso; 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. necroamaquiagem;

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 E FRANQUIA

6.1. Poderão ser aplicadas franquias e carências às coberturas contratadas. Os percentuais e os valores serão descritos na proposta de contratação do seguro.

6.2. O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice, e será contado a partir do início de vigência individual.

6.3. Durante o período de carência, em caso de ocorrência de sinistros cuja cobertura esteja abrangida nesse período, haverá devolução do respectivo prêmio pago.

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

6.5. Nos casos de suicídio voluntário ocorrida nos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados, da data de adesão ao seguro, o beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado.

6.6. Caso o segurado solicitar, durante a vigência do seguro, o aumento do capital segurado, o montante correspondente ao acréscimo ficará sujeito a novo período de carência de 2 (dois) anos, contados da data da aceitação do pedido de aumento para seguradora. Ocasão em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento. É vedada a fixação de novo prazo de carência, após renovação ou substituições do contrato com outra seguradora.

7. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora, devendo o potencial Segurado atender aos critérios de aceitação estabelecidos 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.

7.2.6. Poderão ser feitas exigências para aceitação dos riscos, incluindo a Declaração Pessoal ou prova de saúde. A Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

7.2.7. O recebimento do prêmio de Seguro não implica aceitação do Seguro por parte da Seguradora.

7.2.8. A partir do recebimento da proposta de contratação pela Seguradora, a seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para a manifestação sobre a aceitação ou recusa da proposta.

7.2.9. Durante o período de avaliação do risco, a seguradora poderá solicitar documentos e exames periciais complementares para análise do Risco. Nessa hipótese, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise será interrompido, e terá novo início na data da entrega de toda documentação à Seguradora.

7.2.10. Na hipótese de ocorrência de evento coberto, estando vigente a cobertura provisória através de pagamento do Prêmio, a seguradora seguirá com a regulação do sinistro, nos termos estabelecidos nestas condições gerais.

7.2.11. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, neste prazo, comunicar formalmente ao potencial segurado, ou seu representante legal ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa.

7.2.12. Caso tenha ocorrido pagamento de prêmio referente à cobertura provisória e tenha sido negada a aceitação do risco, o prêmio de cobertura provisória será restituído ao potencial segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, o valor deduzido conforme a tabela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória. Neste caso, o potencial Segurado terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.3. O potencial segurado, seu representante legal ou corretor de seguros será cientificado com antecedência sobre o conteúdo do contrato.

7.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endosso à apólice ou ao certificado de seguros, com a concordância expressa e escrita do Estipulante/Subestipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus

direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

7.5. Após a emissão ou eventual alteração do seguro, será enviado o certificado individual de seguro. A qualquer momento, o Segurado poderá solicitar a segunda via do documento.

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 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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 (dezesseis) 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 Subestipulante 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 Subestipulante 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 25 (vinte e cinco) 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.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

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/endorosso 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 recepcionadas 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 recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão cobertura provisória a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, sem prejuízo do direito da seguradora de não aceitar o Seguro no prazo de análise da proposta.

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.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

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.

8.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, se esta não for renovada.

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, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao final da vigência do seguro, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas condições gerais.

9.2. 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.

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

10. AGRAVAMENTO DO RISCO

10.1. A Seguradora poderá, a seu exclusivo critério, diante da comunicação de agravamento relevante do risco, cobrar diferença de prêmio ou, se tecnicamente inviável a manutenção da cobertura, cancelar o seguro, mediante notificação ao Segurado e/ou Estipulante, conforme disposto na lei vigente.

11. CAPITAL SEGURADO

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

11.2. 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:

11.2.1. 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.

11.3. 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.

11.4. 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.

11.4. 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;

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

- 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.

12. BENEFICIÁRIO DO SEGURO

12.1. 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, a legislação vigente

12.2. 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.

12.3. 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.

12.4. 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.

13. CUSTEIO DO SEGURO

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

14. PRÊMIO E PAGAMENTO DO SEGURO

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

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

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

14.4. 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.

14.4.1. 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.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

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

14.6 . É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente ao prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

14.7 Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.8 Este Seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

15. FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

15.1. Em caso de falta de pagamento do prêmio, a seguradora notificará e concederá o prazo de 90 (noventa) dias, contado do recebimento da notificação para a quitação do saldo devido.

15.1.1. Caso haja a recusa da notificação ou, por qualquer razão, não seja encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no item acima terá início na data da frustração da notificação.

15.1.2. Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias acima sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

15.1.3. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Estipulante ou Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido suportado a indenização do risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente .

15.1.4. O cancelamento do Seguro por inadimplência poderá ser evitado desde que retome o pagamento da totalidade do prêmio devido dentro do prazo estabelecido no item 16.1., sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos do item 19.

15.2. 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.

TABELA APLICÁVEL PARA FALTA DE PAGAMENTO

Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência 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%

TABELA APLICÁVEL PARA FALTA DE PAGAMENTO

Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total
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.

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

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

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

15.3. A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento do Seguro sem direito às coberturas.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1. 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.

16.2. 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.

16.3. 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.

16.4. 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 APLICÁVEL PARA FALTA DE PAGAMENTO

Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência total	Percentual de Prêmio pago em relação ao Prêmio total	Quanto o Prêmio pago representa da Vigência 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.

17. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

17.1. Atualização do Capital Segurado e Prêmio

17.1.1. 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), se positivo.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

17.1.2. 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.

17.2. Atualização das Obrigações Pecuniárias

17.2.1. 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.

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

17.2.3. 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.

17.2.4. 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.

17.2.5. 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.

17.2.6. 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.

17.2.7. 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.

17.3. 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).

18. JUROS DE MORA

18.1. Em caso de descumprimento das obrigações de pagamento previstas nesse seguro, pelo Segurado ou pelo Estipulante, estas obrigações estarão sujeitas à multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente de acordo com as regras do item 16 (ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO), sem prejuízo dos Juros de 0,5% (meio por cento) ao mês desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

19.1.1. Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, desde que não colocar em perigo interesses relevantes, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

19.1.2. Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora pelos canais oficiais da seguradora, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro" e seguir suas instruções.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

19.1.3. Fornecer à seguradora todas os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

19.1.4. Se necessário, registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante das condições especiais de cada cobertura contratada.

19.1.5. Fazer constar da comunicação 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 coberto.

19.1.6. O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.1.7. O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

19.1.8. O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer, as suas custas, aos serviços de profissionais legalmente habilitados, buscando atendimento médico adequado e seguindo, sempre que possível, as orientações recebidas, com vistas à recuperação da sua condição de saúde, respeitada sua autonomia e as limitações clínicas e pessoais.

19.2. Os elementos e documentos necessários para a regulação do sinistro estão descritos nas cláusulas das coberturas constantes das Condições Especiais do seguro, e serão informados na abertura do sinistro.

19.3. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, contado da data do recebimento da documentação completa, acompanhada de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

19.4. A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 30 dias.

19.5. O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

19.6. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar informações e esclarecimentos complementares ou, ainda, outros documentos, além daqueles estabelecidos nas condições especiais para cada cobertura contratada por no máximo 2 (duas) vezes. Nesse caso, o prazo previsto no item 20.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada.

19.7. Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura

19.8. O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

19.9. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 20.7. implicará aplicação de juros de mora, multa, de acordo com o item 19, sem prejuízo de sua atualização de acordo com item 18 destas Condições Gerais.

19.10. É vedado ao segurado e/ou o beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.

19.10.1. O descumprimento culposo implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

19.10.2. O descumprimento doloso exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

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

19.11.1.1. 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).

Extrato do histórico de afastamento do empregado sinistrado (E-SOCIAL)

Relação de Funcionários

Para Sócios

Contrato Social – última atualização (cópia simples).

Laudos e exames médicos da doença que vitimou o segurado

Estatuto social e a ata de posse

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);

Extrato do histórico de afastamento do empregado sinistrado (E-SOCIAL)

Relação de Funcionários

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).

Extrato do histórico de afastamento do empregado sinistrado (E-SOCIAL)

Relação de Funcionários

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.

Exame Toxicológico (dosagem alcoólica)

Laudo pericial, Boletim de ocorrência do local do acidente ou Declaração de um órgão competente informando a dinâmica dos fatos

Prontuário do 1º atendimento médico

Boletim de atendimento do SAMU

Em caso de beneficiários falecidos, cópia simples da Certidão de Óbito do beneficiário falecido.

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).

Cópia simples do Prontuário 1º atendimento médico prestado no dia do acidente.

Radiografias ou exames de imagem das lesões.

Relatório médico com percentual estimado da lesão reclamada

Atestado de alta médica definitiva com percentual de perda.

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.

Print da guia de afastamento temporário do empregado sinistrado.

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.

19.4. 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.

19.5. 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.

20. JUNTA MÉDICA

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

20.2. A junta médica será constituída por 03 (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, enquanto os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.3. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado

21. PERÍCIA DA SEGURADORA

21.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

21.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico- hospitalar envolvidas em seu atendimento a fornecer as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

21.3. Comprovado algum tipo de irregularidade advinda de conduta dolosa do Segurado, ocorrerá perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

despesas incorridas pela seguradora, sem prejuízo do, cancelamento do respectivo contrato de Seguro e adoção de procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

21.4. Caso constatado que o evento coberto teve origem por ato doloso do Beneficiário, o capital segurado será pago ao Segurado ou a seus herdeiros.

21.5. 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 reclamado.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado perderá o direito a qualquer Indenização, bem como terá o Seguro cancelado, sem direito a restituição do Prêmio de Seguro Pago, e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, se:

- a) agravar intencionalmente o risco;
- b) praticar dolosamente atos que sejam contrários aos termos e obrigações previstos nestas Condições Gerais;
- c) por si ou por seu representante legal, agir com dolo, praticar ato ilícito ou contrário à lei, cometer fraude ou tentativa de fraude no ato da adesão ou durante toda a Vigência do seguro, simulando ou provocando Sinistro ou, ainda, agravando as consequências do mesmo para obter Indenização ou dificultar a análise da Seguradora;
- d) Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:
 - i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora; ou
 - ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.
 - iii) Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii quando o interessado provar que a seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.
- iv) segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- v) após o pagamento da Indenização, cancelar o seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido (Pro Rata), acrescido da diferença cabível; ou permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

22.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e deduzir do valor a ser pago a diferença de prêmio cabível.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. São obrigações do Estipulante:

23.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do Risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

23.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e 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 e nas condições especiais.

23.1.3. Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao Seguro contratado;

23.1.4 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro.

23.1.5. Repassar para à Seguradora o valor do Prêmio do Seguro recolhido dos Segurados, nos prazos determinados como data de vencimento. Caso esse repasse não seja efetuado, os Segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto, mas fica o Estipulante sujeito às cominações legais.

23.1.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro, incluindo procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros..

23.1.7. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome da Seguradora nos documentos e nas comunicações referentes ao seguro objeto deste contrato e, se for o caso, informar também o percentual de participação no risco, em caso de cosseguro..

23.1.8. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro, ou expectativa de Sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

23.1.9. 24.1.8. Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

23.1.10. Disponibilizar ao Segurado as Condições Gerais deste seguro, anterior a sua contratação.

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

23.1.11. O estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.

23.1.12. O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

23.1.13. Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.2. É expressamente vedado ao Estipulante:

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

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

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

23.2.5. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, constará do Certificado Individual, o percentual e valor deste pagamento, sendo o Segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

23.2.6. Vincular a contratação do Seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que a contratação sirva de cobertura direta a esses produtos.

24. SUB-ROGAÇÃO

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

25. TRIBUTOS

25.1. 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.

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

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. As Condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP, de acordo com o número do processo constante na Apólice, Proposta e no Certificado e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26.2. Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas decorrentes de atos de salvamento, incluindo mas não se limitando à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, socorro, remoção, transporte, atendimento médico, hospitalar ou qualquer outras providências que tenham finalidade exclusiva preservar ou restabelecer a integridade física, a saúde ou vida de pessoas, ainda que realizadas em conjunto com medidas voltadas à proteção do bem segurado. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice

Este seguro não possui previsão de reembolso e/ou indenização decorrentes de atos de salvamento, incluindo mas não se limitando a socorro, remoção, transporte, atendimento médico, hospitalar ou qualquer outras providências que tenham finalidade exclusiva preservar ou restabelecer a integridade física, a saúde ou vida de pessoas, ainda que realizadas em conjunto com medidas voltadas à proteção do bem segurado

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

26.4. 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.

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

26.6. Estas Condições Gerais também estarão à disposição do Proponente, de seu representante legal ou de seu Corretor de Seguros, previamente à contratação do seguro, no endereço eletrônico do Estipulante: www.santander.com.br.

SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL

26.7. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP. A Segurada poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26.8. Mediante a contratação do seguro, a Segurada aceita explicitamente as cláusulas limitativas de seus direitos, que se encontram em destaque no texto destas Condições Gerais.

26.9. As condições gerais do Seguro estarão à disposição do proponente ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro, no sítio eletrônico do estipulante.

26.10. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

26.11. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

23.12. As condições particulares do Seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. Os direitos e obrigações decorrentes deste Seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvida na legislação vigente.

28. FORO

28.1. O foro competente para as ações de Seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

29. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

29.1. O Segurado concorda e reconhece que seus dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela Seguradora para aceitação do risco, e, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos estatísticos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato para plano de previdência, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do referido contrato (por ex. assistência, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center etc). Os dados do Segurado serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros e Previdência.

29.2. O Segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito de obter a qualquer momento a confirmação da

existência de tratamento e o acesso aos dados. Para solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre seus dados pessoais, entre em contato conosco por meio dos canais de atendimento.

29.3. Para a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados o titular poderá acessar o Internet Banking, aplicativo do banco Santander ou entrar em contato com seu gerente.

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

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO VIDA EMPRESA PLURIANUAL



Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

CNPJ: 87.376.109/0001-06
