



SEGURO VIDA SÓCIO

CONDIÇÕES GERAIS

Seguro Vida Sócio

Condições Gerais

Versão 4

PROCESSO SUSEP Nº 15414.900167/2013-19
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

1.	DEFINIÇÕES
	Pág. 5

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada seguradora, e o Banco Santander (Brasil) S.A, designado estipulante, contratam o **Seguro Vida Sócio**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES

A

Aceitação: é a aprovação, pela Seguradora, da Proposta para contratação ou modificação do seguro.

Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Apólice Coletiva: é o documento emitido pela seguradora, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante do seguro.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Beneficiário deve fazer à Seguradora.

B

Beneficiário: são as pessoas físicas ou jurídicas em favor das quais é devida a Indenização em caso de Sinistro.

C

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

Carência: é o período em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos garantidos pelo seguro, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual.

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

Coberturas: numa acepção ampla, é o conjunto dos riscos cobertos elencados na Apólice.

Condições Contratuais: é o conjunto de todas as disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, na Apólice Coletiva, nas Propostas e no Certificado Individual.

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

Contrato Coletivo: é o instrumento jurídico, firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora e dos Segurados.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a legislação vigente.

D

Data de Ocorrência: é a data em que se inicia o fato gerador do Sinistro.

Doenças, lesões, sequelas e acidentes preexistentes: são sequelas e doenças contraídas ou manifestadas, ou ainda, acidente sofrido pelo segurado anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Proponente na data da contratação do seguro e não declarados na proposta de adesão.

Doenças Graves: são as doenças previstas nestas condições gerais e designadas como tal, manifestadas, constatadas e diagnosticadas durante a vigência do seguro individual.

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

Endosso: é o documento expedido pela Seguradora, durante a Vigência, que formaliza a alteração do seguro contratado, de comum acordo entre as Partes envolvidas.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos segurados, representando-os perante a seguradora.

Evento: é o acontecimento futuro, incerto e imprevisto.

G

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

Grupo Segurável: é constituído pelas pessoas físicas vinculadas ao estipulante, respeitado o limite de idade estabelecido nestas condições gerais.

I

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

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de membro ou órgão, conseqüente de acidente pessoal.

O

Obrigações Pecuniárias: correspondem ao valor devido em decorrência da obrigação assumida pela Seguradora ou pelo Segurado.

P

Paciente Terminal: É o segurado portador de doença para a qual foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o resgate das suas condições de saúde e da manutenção da sobrevivência, não havendo qualquer possibilidade ou prognóstico de cura e de mantê-lo com vida.

Prêmio: importância paga pelo Resposável Financeiro à Seguradora para que esta assuma o risco a que o Segurado está exposto.

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

Proponente: é o interessado em contratar este seguro e suas coberturas.

Proposta de Adesão: é o documento emitido por meio físico ou remoto com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, relativa às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

Proposta de Contratação: é o documento emitido por meio físico ou remoto 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 as coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

Pro Rata: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

R

Renovação: é a continuidade da Cobertura do seguro, por meio da emissão de nova Apólice Coletiva e/ou Certificado Individual.

Responsável Financeiro: é o responsável pelo custeio do seguro, podendo ser o próprio Segurado ou outra pessoa física ou jurídica por ele autorizado.

Risco coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do segurado, desde que previsto nas condições gerais do seguro.

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

S

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

Segurado Dependente: é o(a) filho(a), o pai, a mãe, o(a) sogro(a), o(a) cônjuge ou a(o) companheira(o) do segurado principal que tenha sido incluído no seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os Riscos Cobertos especificados no seguro, sendo, neste produto, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ 87.376.109/0001-06.

Sinistro: é a ocorrência de Risco Coberto, durante o período de vigência do seguro.

V

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o Seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou a seu beneficiário o recebimento parcial ou total do capital segurado contratado e definido no certificado individual de seguro, caso venha a ocorrer um dos riscos cobertos previstos nas coberturas contratadas pelo estipulante do seguro, durante o período de vigência, respeitadas as condições contratuais e as demais cláusulas destas condições gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas descritas a seguir não podem ser contratadas isoladamente.

3.2. Cobertura Básica – Morte: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura e expresso no Certificado Individual, na ocorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3. Coberturas Adicionais

3.3.1. Indenização Adicional por Morte Acidental: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado correspondente a 100% (cem por cento) do estabelecido para a cobertura Morte, em caso de morte do segurado consequente, exclusivamente, de acidente pessoal, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura de Morte, exceto se decorrente de riscos excluídos, e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: Garante ao segurado o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do valor estabelecido para a cobertura Morte, expresso no Certificado Individual de Seguro, de acordo com percentual estabelecido para a sequela, definido na Tabela de Cálculo da Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente. Considera-se, para tal, a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente coberto e ocorrido na vigência do Seguro Individual, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3.2.1. Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos abaixo:

Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ TOTAL

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ PARCIAL

Visão

Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70

Lesões das vias lacrimais

Unilateral	07
Unilateral com fístulas	05

Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25

Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris

Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10

Audição

Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

Cabeça e Pescoço

Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Mandíbula

Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos

Em grau médio	20
Em grau máximo	30
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16

Nariz

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

Sistema Respiratório

Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30

Traqueostomia definitiva	40
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)

Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75

Membros Superiores

Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o Metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

Membros Inferiores

Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25

Amputação do primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	

Encurtamento de um dos membros inferiores

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

Aparelho fonador

Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação Parcial da língua (menos de 50%)	15
Amputação Parcial da língua (mais de 50%)	30

Sistema digestório e excretor

Perda do baço	15
---------------	----

Aparelho Urinário

Perda de um rim

Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40

Intestino Delgado

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

Intestino Grosso

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

Reto e Ânus

Incontinência fecal sem prolapso	3
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

Aparelho Genital e Reprodutor

Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10

Síndromes Psiquiátricas

Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02

Mamas

Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20

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 a causa, a natureza ou a 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 uma 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 da percentagem prevista na tabela constante da cláusula **3.3.3.1**, em função da sequela caracterizada, ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Na falta de indicação exata da percentagem de redução funcional apresentada, e sendo informado apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, com base nas percentagens de 75%, 50% e 25%.

3.3.2.6. Nos casos não especificados na tabela do item **3.3.3.1**, a indenização será estabelecida tomando-se por base o grau da redução permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.3.2.7. Quando um mesmo acidente resultar na 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 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 a da indenização prevista para a perda total de suas funções.

3.3.2.9. Para efeito de indenização, a perda ou a redução funcional de um membro ou órgão com sequelas em decorrência de acidente ocorrido anteriormente ao início de vigência do seguro individual, 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. 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, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados, conforme cláusula **11**.

Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3.3.3. Doenças Graves: Garante ao segurado o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do Capital Segurado estabelecido para a cobertura Morte, expresso no Certificado Individual de Seguro, em caso de diagnóstico comprovado, por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, constantes da cláusula **3.3.3.2** destas Condições Gerais, desde que manifestada e diagnosticada durante a vigência do Seguro Individual e após decorrido o período de carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência individual do seguro, observadas as condições aqui estabelecidas.

3.3.3.1. Para cobertura e caracterização das doenças relacionadas no item **3.3.3.2** abaixo, é necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

3.3.3.2. Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:

I – DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA (CÂNCER OU TUMOR MALIGNO)

Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases a distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, pulmonares, da cavidade oral, do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), do pâncreas, leucemias agudas (mieloide e linfoide), sarcomas e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou de órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Riscos Excluídos:

- a) As displasias, lesões pré-cancerígenas, os tumores benignos e qualquer tumor maligno de outros órgãos e aparelhos, que não os especificados no item “Riscos Cobertos”, da cláusula **3.3.3.2**.**
- b) Para portadores do sexo feminino, excluem-se, ainda: o carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias não primárias na região anatômica do útero.**

II – DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

São as doenças do coração, incidente nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Riscos Cobertos:

Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia cotoracotomia. Estarão cobertas, também, as miocardiopatias classe funcional NYHA III e IV da New York Heart Association.

Riscos Excluídos:

Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais, objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de “stents”, as cirurgias para implantação de marca passo e as cirurgias de ablação.

III – DOENÇAS NEUROLÓGICAS

1– ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produzam destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de sequelas de AVC avaliados após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 (dois) membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovada com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT).

2 – DOENÇA DE ALZHEIMER

Definição:

Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa que geralmente se inicia com perda da memória e que pode evoluir para quadro demencial grave.

Riscos cobertos:

Estarão cobertas as doenças com quadro clínico comprovado e que apresentem distúrbios cognitivos.

3 – DOENÇA DE PARKINSON

Definição:

A Doença de Parkinson é uma moléstia de caráter progressivo de causa desconhecida com características motoras que incluem tremores em repouso, rigidez, lentidão de movimentos, alterações posturais e cognitivas.

Riscos cobertos:

Estarão cobertas as doenças clinicamente comprovadas com alterações motoras e tremores em ambos os membros superiores bem estabelecidos.

4 – ESCLEROSE LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA)

Definição:

A ELA é uma doença neurológica degenerativa que atinge o neurônio motor periférico e clinicamente se caracteriza com quadro de fraqueza progressiva, perda e atrofia muscular.

Riscos cobertos:

Estarão cobertas as doenças clínica e laboratorialmente diagnosticadas.

IV – TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo, vivo ou morto, ou o uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

V – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Definição:

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza pela perda progressiva e irreversível da função renal.

Riscos cobertos:

Estarão cobertos os portadores de insuficiência renal crônica em programa de tratamento com diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal).

3.3.3.3. Somente haverá cobertura para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do Seguro Individual, desde que comunicada à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

3.3.3.4. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de doenças graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais coberturas.

3.3.3.5. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item **3.3.3.2**, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

3.3.3.6. O Segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade delas.

3.3.3.7. Os resultados apurados pela perícia realizada pela Seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

3.3.3.8. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

3.3.3.8.1. No caso de discordância sobre a causa, a natureza ou a extensão de uma das doenças previstas no item 3.3.3.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste Seguro, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de 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. 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.

3.3.3.9. Reconhecida a Doença Grave pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo o segurado se manter no plano, com as demais coberturas contratadas.

3.3.3.10. O pagamento da indenização desta cobertura não é dedutível do capital segurado das demais coberturas deste seguro.

3.3.4. Doença Terminal: garante ao segurado, **desde que este o requeira no prazo legal**, a antecipação de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura de Morte, expresso no certificado individual do seguro, caso o segurado seja considerado Paciente Terminal, conforme definido nestas condições gerais e observadas suas demais cláusulas, o estado clínico do paciente dever ser devidamente comprovado por médico habilitado.

3.3.4.1. Para que o segurado tenha direito a esta garantia, deverá respeitar o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro, ou seja, qualquer evento relacionado à constatação da doença terminal ocorrida nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência do seguro não terá cobertura.

3.3.4.2. Na hipótese de não ficar comprovado o estado clínico grave, o seguro continuará em vigor, sem qualquer devolução de prêmios.

3.3.4.3. A comprovação do estado clínico grave consistirá na apresentação de declaração por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, acompanhada pelo histórico da patologia, pelo diagnóstico conclusivo e por exames complementares.

3.3.4.4. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a avaliação do quadro clínico do 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.

3.3.4.4.1. A junta médica será constituída por 3 (três) médicos, 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.

3.3.4.4.2. 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.

3.3.4.5. Reconhecida a Doença Terminal pela seguradora, a indenização correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital contratado para a cobertura Morte será paga de uma única vez e o segurado será mantido no seguro, com a consequente cobrança do prêmio referente às demais coberturas.

3.3.4.6. A garantia de Doença Terminal não se acumula com a cobertura Morte sendo todos os valores pagos a título de indenização para esta garantia descontados da Indenização a ser paga pela cobertura Morte.

3.3.5. Garantia de Auxílio Funeral: garante o reembolso das despesas gastas com o sepultamento ou cremação, limitado ao capital segurado contratado para esta garantia, com a possibilidade de

substituição do reembolso pela prestação dos serviços de funeral 24 horas, na ocorrência de morte do segurado ou seus dependentes, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

3.3.5.1. Para que o segurado e seus dependentes tenham direito a esta garantia, no caso de morte por causas naturais, deverá ser respeitado o período de carência estabelecido no plano, conforme abaixo.

3.3.5.2. O segurado poderá contratar um dos planos a seguir:

Plano A – Plano Familiar, que garante o mesmo capital segurado para auxílio funeral em caso de morte do segurado, seu cônjuge e filhos;

Carência: Para o segurado titular, seu cônjuge e filhos, a carência para a garantia de Auxílio Funeral será de 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

Plano B – Plano Familiar Total, que garante o mesmo capital segurado para auxílio funeral em caso de morte do segurado, seu cônjuge, filhos, pais, sogro e sogra;

Segurado Titular, cônjuge e Filhos

Carência: Para o segurado titular, seu cônjuge e filhos, a carência para a garantia de Auxílio Funeral será de 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

Pais, Sogro e Sogra

Carência: Para os pais, o sogro e a sogra do segurado titular, a carência para a garantia de Auxílio Funeral será de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

3.3.5.2.1. Somente terão direito à cobertura de Auxílio funeral os pais biológicos do segurado, bem como os sogros considerados parentes por afinidade. Portanto, padrastos e madrastas, não terão direito à cobertura.

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

3.3.5.3. Para ser elegível ao seguro, o Segurado Dependente deverá:

a) Cônjuge: ter até 70 (setenta) anos de idade, na data de início da vigência individual do seguro.

b) Filhos: ter até 21 (vinte e um) anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitários, na data de início da vigência individual do seguro. Os filhos dependentes com incapacidade física ou mental para o trabalho poderão ser aceitos pelo seguro independente do limite de idade. A cobertura do seguro é extensiva aos filhos natimortos, quando houver a necessidade de realização do funeral.

- c) Pais, sogro e sogra: ter até 70 (setenta) anos de idade na data de início da vigência individual do seguro.**

Todos os Segurados Dependentes devem estar em perfeito estado de saúde física e mental quando da contratação do seguro.

3.3.5.4. Da prestação de serviços de auxílio funeral 24 horas:

Riscos Cobertos

- a) Garante o traslado, o funeral, o sepultamento ou a cremação;**
- b) formalidades administrativas, uma vez que serão tomadas todas as providências relativas à documentação necessária ao sepultamento, podendo a família acompanhar tais medidas, se assim o quiser;**
- c) urna funerária, coroa de flores, ornamentação da urna funerária, paramentos funerários, mesa de condolências, velório, registro de óbito e carro funerário.**

3.3.5.5. O sepultamento será realizado no túmulo ou no jazigo da família, ou a cremação, caso essa opção tenha sido formalizada em vida pelo segurado, observando-se 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 do corpo até o local da cremação ficarão a cargo da família;**
- b) não estão amparadas por essa garantia as despesas com a eventual exumação dos corpos que já estejam no jazigo ou no túmulo quando do sepultamento do segurado.**

3.3.5.6. Caso a família não disponha de local para o sepultamento, será alugado um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento. A locação será válida somente para cemitérios municipais e ocorrerá conforme disponibilidade de jazigo existente no local.

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

3.3.5.8. Em caso de falecimento do segurado durante viagem ao exterior, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, com transporte em esquife até o município de domicílio do falecido.

3.3.5.9. Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação na localidade do evento, será providenciada uma passagem aérea (classe econômica), para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

3.3.5.10. Caso o segurado seja o titular de mais de um seguro que lhe ofereça os serviços de assistência funeral, a garantia Auxílio Funeral será sempre única e limitada a seu valor total, conforme estabelecido no certificado individual do seguro. Assim, o valor especificado

no certificado individual não será, em nenhuma hipótese, acumulado em função de o segurado possuir mais de um seguro. No caso de o segurado possuir a mesma cobertura em outra seguradora, as indenizações, quando não for acionado o serviço, não se acumulam, respondendo cada seguradora por sua parte nas despesas, proporcional aos riscos assumidos, até o valor de sua importância segurada.

3.3.5.11. A garantia de Auxílio Funeral destina-se exclusivamente à indenização, ao reembolso das despesas gastas com funeral ou à prestação dos referidos serviços, limitados ao capital segurado contratado para esta garantia, mediante a apresentação dos comprovantes originais das respectivas despesas.

3.3.5.12. O valor da indenização da garantia de Auxílio Funeral será definido no certificado individual, de acordo com o Plano escolhido pelo segurado.

Riscos Excluídos:

3.3.5.13. Estão expressamente excluídos da Garantia Auxílio Funeral, e, portanto, a seguradora não indenizará ou responderá pela garantia nas seguintes situações:

- a) Morte do segurado por causas naturais ocorrida nos primeiros noventa dias de vigência inicial do contrato de seguro;
- b) morte consequente de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- c) morte consequente da ocorrência de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;
- d) traslado do corpo para cremação desde a localidade do evento até outro município onde a cremação será efetuada;
- e) aquisição de jazigo;
- f) exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) de doenças, lesões, acidentes ou sequelas preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado e/ou do estipulante;
- b) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;

- c) de suicídio ou da tentativa de suicídio, se ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro;
- d) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ionizantes;
- e) 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;
- f) de epidemias, pandemias e endemias declaradas por órgão competente.

4.2. Estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Adicional por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, portanto, a seguradora não indenizará nestas coberturas, os eventos ocorridos em consequência:

- a) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científico, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) de doenças, exceto se causadas diretamente pelo acidente pessoal coberto;
- d) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- f) das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;
- h) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;

- j) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- k) de atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes.**

5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

5.1. Os componentes do grupo segurável poderão ser incluídos no seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão ao seguro pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, bem como após a entrega de todos os documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

5.1.1. A seguradora fornecerá ao proponente, a seu representante legal ou ao corretor de seguros o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e hora do recebimento da mesma.

5.1.2. Para ingresso no seguro, a idade mínima é de 14 (quatorze) anos e a máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos, na data da entrega da proposta de adesão ao seguro, desde que os proponentes se encontrem em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

5.1.3. Na proposta de adesão deverá conter cláusula na qual o proponente declare ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

5.2. A partir do recebimento da proposta de adesão ao seguro pela seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a seguradora manifestar-se sobre a proposta.

5.2.1. O simples recebimento do prêmio não implica em aceitação do seguro por parte da seguradora.

5.2.2. 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 **5.2**.

5.2.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no item **5.2** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação.

5.2.4. A cada segurado incluído no seguro, a cada alteração e a cada renovação, será enviado um certificado individual de seguro. O prazo para emissão do certificado individual é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

5.2.5. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo previsto no item **5.2**, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da seguradora, a indenização devida será paga.

5.3. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no item **5.2**, comunicar por escrito ao proponente, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, a seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **5.2**.

5.3.1. 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, 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, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

5.4. O seguro será renovado automaticamente por uma única vez, salvo manifestação prévia em contrário do segurado, do estipulante ou da seguradora, no mínimo 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do certificado individual.

5.5. O estipulante poderá efetuar a renovação expressa do seguro, quando não implicar em ônus ou dever para os segurados, **independente do número de renovações**.

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

5.6. Será facultado ao segurado o direito de arrependimento da contratação do seguro por um novo período, no prazo de 7 (sete) dias, a contar do início de vigência da contratação deste seguro, indicada no certificado individual.

5.6.1. Nessa hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, devidamente corrigidos, conforme a cláusula 11.

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

6. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL

6.1. Seguro Individual:

6.1.1. A vigência do seguro individual será definida em contrato, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no certificado individual.

6.1.1.1. Nos contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

6.1.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta de adesão pela seguradora.

6.1.1.3. O Certificado Individual de seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante, o Segurado ou a Seguradora se manifestar em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias ao final da Vigência da Apólice Coletiva ou do Certificado Individual, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nas Condições Contratuais.

6.1.1.4. A Renovação automática prevista na cláusula anterior só poderá ocorrer uma única vez, devendo haver, para as Renovações posteriores, manifestação expressa do Segurado, de seu representante legal ou de seu corretor de seguros.

6.1.1.5. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da apólice coletiva.

6.1.2. O seguro individual será extinto nas seguintes situações:

- a) **Com a morte do segurado ou com o pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- b) **por solicitação do segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias;**
- c) **se o prêmio do seguro não for pago no prazo previsto no subitem 10.2 da cláusula 10, "PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO";**
- d) **se o segurado ou seu representante legal agir com dolo, praticar ato ilícito ou contrário à lei, cometer fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;**
- e) **se o segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e na caracterização do risco;**
- f) **na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;**
- g) **com o cancelamento ou o final da vigência sem renovação da apólice mantida entre o estipulante e a seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo segurado;**
- h) **com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas "d" e "e", implicando na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização;**

- i) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, e desde que o estipulante não permita a manutenção do segurado no plano;
- j) findo o prazo de vigência do seguro individual, sem que o mesmo tenha sido renovado.
- k) com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o dependente;
- l) para os filhos ou enteados, caso deixem de ser considerados dependentes, seja qual for a causa, ou independente da data de contratação do seguro, ao atingirem a idade de 21 (vinte e um) anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitários.

6.1.3. Cancelado o seguro, as coberturas só poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da seguradora.

6.2. Apólice Coletiva:

6.2.1. A apólice vigorará pelo prazo definido em contrato, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

6.2.2. As renovações posteriores da apólice coletiva serão feitas de forma expressa entre o estipulante e a seguradora, desde que não impliquem em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

6.2.3. Caso haja, na renovação da apólice coletiva, alguma alteração que implique em ônus ou dever dos segurados ou a redução de seus direitos, esta deverá ser feita por meio de aditivo à apólice, devidamente ratificada pelo correspondente endosso, e deverá conter a anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

6.2.4. Terminada a vigência da apólice, esta poderá ou não ser renovada pela seguradora ou pelo estipulante, mediante aviso prévio e expresso de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

6.2.4.1. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

6.2.5. No caso de não renovação da apólice coletiva, 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.

6.2.6. A apólice coletiva será extinta nas seguintes situações:

- a) A qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b) pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas condições gerais e no Contrato;

c) se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice.

6.2.6.1. Cancelado o seguro, as coberturas somente poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de contratação pelo estipulante e análise de aceitação por parte da seguradora.

6.2.7. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou do certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

6.2.8. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice ou o certificado de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice ou do certificado de seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

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

- a) no caso de morte natural ou acidental do segurado, a data do falecimento;
- b) no caso de invalidez por acidente do segurado, a data do acidente;
- c) no caso de Doença Grave, a data da constatação da doença, de acordo com o item **3.3.3**.
- d) no caso de Doença Terminal, a data da Declaração Médica, de acordo com o item **3.3.4.3**.

7.2. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo acidente.

7.3. Os Capitais Segurados serão definidos na Proposta de Adesão, obedecendo aos limites mínimo e máximo comercializados pela Seguradora.

8. CARÊNCIA E FRANQUIA

8.1. O segurado somente terá direito à cobertura securitária após cumprido o período de carência de 60 (sessenta) dias, exceto para a cobertura de Doença Terminal e Auxílio Funeral, conforme o Plano contratado, cuja carência será de 180 (cento e oitenta) dias.

8.2. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou de sua tentativa, que será de 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir da data de contratação ou de adesão ao seguro ou de sua recondução depois de suspenso, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.

8.3. A carência terá início a partir do início de vigência do seguro individual.

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

8.5. O seguro não possui franquia.

9. PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. O presente seguro será contributivo, ou seja, 100% (cem por cento) do prêmio será pago pelos Segurados.

9.2. O pagamento do prêmio será mensal.

9.3. Caso a data limite para pagamento do prêmio caia em fim de semana ou feriado bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia útil subsequente.

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

9.4. Reajuste por Idade:

9.4.1. O proponente, ao aderir ao seguro, automaticamente é enquadrado em uma das faixas etárias estabelecidas, em função de sua idade no momento da contratação.

9.4.2. As faixas etárias consideradas neste seguro são: até 35 anos, 36-40 anos, 41-45 anos, 46-50 anos, 51-55 anos, 56-60 anos, 61-65 anos e 66 anos em diante.

9.4.3. Uma vez aderido ao seguro, após a primeira alteração de faixa etária, anualmente e na data de aniversário do certificado individual do seguro, será aplicado ao prêmio comercial do seguro, além da atualização monetária, um reajuste percentual, de acordo com a idade do segurado, no momento da atualização, conforme abaixo.

9.4.3.1. Ressalta-se que o reenquadramento do prêmio puro segue a tábua biométrica do plano. A tabela abaixo, aplicada ao prêmio comercial, considera reduções na margem de lucro da seguradora ao longo das renovações. Esse procedimento é uma estratégia de retenção, já que os segurados que renovam o seguro pagam prêmio menor do que os novos segurados que ingressam no seguro.

IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA
36	8%	51	25%	66	9,0%	81	9,0%
37	5%	52	17%	67	9,0%	82	9,0%
38	2%	53	3%	68	9,0%	83	9,0%
39	1%	54	1%	69	9,0%	84	9,0%
40	1%	55	1%	70	9,0%	85	9,0%
41	22%	56	20%	71	9,0%	86	9,0%

IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA
42	12%	57	11%	72	9,0%	87	9,0%
43	2%	58	1%	73	9,0%	88	9,0%
44	1%	59	1%	74	9,0%	89	9,0%
45	1%	60	1%	75	9,0%	90	9,0%
46	22%	61	20%	76	9,0%	91	9,0%
47	12%	62	1%	77	9,0%	92	9,0%
48	2%	63	3%	78	9,0%	93	9,0%
49	2%	64	2%	79	9,0%	94	9,0%
50	1%	65	1%	80	9,0%	95	9,0%

10. PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. A falta de pagamento do prêmio até a data do vencimento não acarretará a suspensão automática das coberturas e, conseqüentemente, não haverá reabilitação.

10.2. O prazo de tolerância para pagamento do prêmio é de 3 (três) meses e o segurado será comunicado previamente da inadimplência. Tendo se esgotado o prazo de tolerância de três meses sem que tenha sido retomado o pagamento dos prêmios, ocorrerá o cancelamento do seguro.

10.3. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no item 10.2 acima, com a conseqüente cobrança do prêmio devido.

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

11.1. As obrigações pecuniárias do seguro, listadas nos itens **11.1.1** a **11.1.5**, sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado – da Fundação Getúlio Vargas.

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

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

11.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao segurado, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora, que é a data de exigibilidade.

11.1.4. No caso de cancelamento do contrato, 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, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

11.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto na cláusula **14**, item **14.1.5.**, destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme cláusula **7**.

11.2. Os capitais segurados e seus correspondentes prêmios sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas.

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

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

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

12. JUROS DE MORA

12.1. O não cumprimento das obrigações pela seguradora, pelo estipulante e pelos segurados, ora previstas, os sujeitará aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na cláusula **11**.

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

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

13. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

13.1. Na garantia de Morte, o segurado poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

13.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita na garantia de Morte, o Capital Segurado será pago conforme a legislação vigente.

13.2.1. O companheiro poderá ser indicado como beneficiário se, no ato da contratação do seguro, o segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

13.3. Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves e Doença Terminal, o beneficiário será o próprio segurado.

13.4. Na Cobertura de Assistência Funeral, o Beneficiário será aquele que provar que arcou com as despesas funerárias.

13.5. A pessoa jurídica poderá ser beneficiária do segurado, se comprovar o legítimo interesse para figurar nessa condição.

13.6. No caso de suicídio nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro, o beneficiário não terá direito ao capital segurado, cabendo à seguradora a devolução dos prêmios ao mesmo.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este contrato, deverá o segurado, ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

14.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelas vias mais rápidas a seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e da entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro".

14.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta no item **14.5** destas condições gerais.

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

14.1.4. Além dos documentos citados no item **14.5** destas condições gerais, para cada garantia, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

14.1.5. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos básicos, previstos no item **14.5** destas condições gerais.

14.1.6. Será suspensa a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação complementar, voltando a correr o prazo a partir do dia útil subsequente ao da entrega de toda a documentação solicitada, conforme previsto no item **14.1.5**.

14.1.7. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **14.1.5** implicará a aplicação de juros de mora, de acordo com a cláusula **12**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com a cláusula **11**.

14.2. Para o recebimento da indenização, deverá o segurado e/ou beneficiários prestar toda a assistência que se fizer necessária e provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar todas as circunstâncias relacionadas ao sinistro, sendo facultada à seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato.

14.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

14.4. Os atos ou as providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, para o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

14.5. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

Legenda:

MN – Morte Natural do Segurado

MA – Morte por Acidente do Segurado

IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado

DG – Doenças Graves

DT – Doença Terminal

AF– Auxílio Funeral

DOCUMENTOS BÁSICOS		MN	MA	IPA	DG	DT	AF
SEGURADO	Formulário original de Aviso de Sinistro.	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada do RG do Segurado sinistrado	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada do CPF do Segurado sinistrado	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada da Certidão de Óbito	X	X				
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X	X				
	Comprovantes originais de despesas realizadas com funeral						X
	Cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada pós-óbito	X	X				
	Cópia autenticada da Declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas (se vivia com alguém)	X	X				
	Cópia simples de comprovante de endereço (do Segurado sinistrado)	X	X	X	X	X	

SEGURADO	Cópia autenticada da CNH do Segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor)		X	X		
	Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (quando a morte ocorrer na residência para MNP e MNC)	X	X	X		
	Cópia Autenticada da declaração pública de três testemunhas, informando quantos e quais são os herdeiros do Segurado (se houver)	X	X			
	Cópia autenticada do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) para o caso de acidente na empresa		X	X		
	Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal	X	X			
	Cópia autenticada do Laudo de Serviços de Verificação de Óbito (se a morte ocorreu em domicílio ou por causas desconhecidas)	X	X			
	Cópia autenticada de laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado	X			X	X
	Cópia autenticada do Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver)		X	X		
	Original do RX das lesões e dos exames realizados				X	
	Exames médicos da época da constatação da doença (Informando o comprometimento da autonomia funcional do segurado)				X	X
BENEFICIÁRIO	Cópia autenticada do RG dos Beneficiários (Inclusive para menor de idade)	X	X			
	Cópia autenticada do CPF dos Beneficiários	X	X			
	Cópia Simples do comprovante de endereço dos Beneficiários	X	X			
	Cópia autenticada do RG do Segurado principal	X	X			
	Cópia autenticada do CPF do Segurado principal	X	X			

BENEFICIÁRIO	Cópia simples do comprovante de endereço do Segurado principal	X	X
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X	X
	Cópia autenticada da Certidão de óbito (no caso de Beneficiário falecido)	X	X
	Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta-corrente por beneficiário	X	X

14.6. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

15. PERDA DE DIREITOS

15.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

15.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

15.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

15.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

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

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

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

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

16. RECÁLCULO DO PRÊMIO

16.1. A Seguradora se reserva o direito de recalculer o Prêmio na renovação dos seguros ou na emissão de novos, caso venha a ocorrer alteração significativa no Grupo Segurado e que possa influir na taxa do seguro, objetivando manter o equilíbrio econômico e financeiro da apólice.

16.2. O Prêmio do seguro será recalculado através de estudos técnico-atuariais elaborados por atuário em função de alterações ocorridas no Grupo Segurado no período de estudo.

16.3. Qualquer modificação em apólice vigente ou na renovação dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16.4. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. DO ESTIPULANTE

17.1. Obrigações do Estipulante:

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

17.1.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e das alterações na natureza do Risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

17.1.3. Fornecer ao segurado, sempre que solicitadas, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

17.1.4. Repassar à Seguradora o valor do Prêmio do Seguro recolhido dos Segurados nos prazos determinados como data de vencimento.

17.1.5. Repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes ao Acordo Coletivo e à Apólice Coletiva, quando for responsável por tais ações.

17.1.6. 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 essa comunicação estiver sob sua responsabilidade.

17.1.7. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

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

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

17.1.10. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora nos documentos, nas comunicações e nos materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro.

17.2. É expressamente vedado ao estipulante:

17.2.1. Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela seguradora.

17.2.2. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente as Condições Contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

17.3. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, constarão do certificado individual o percentual e o valor desse pagamento, sendo o segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

18.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

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

18.5. 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.

18.6. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

18.7. 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.

18.8. 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.

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

19. PRESCRIÇÃO

19.1. O direito do segurado e/ou do beneficiário em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos previstos em lei.

20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

20.1. O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, 24 (vinte e quatro) horas por dia, sendo que os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo da Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

20.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

21. FORO

21.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o segurado, o beneficiário e a seguradora será sempre o foro de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

22. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

22.1. O Segurado concorda e reconhece que seus dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela Seguradora para aceitação do risco e que esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos estatísticos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como que, para o fim único da execução do contrato para plano de previdência,

ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajudem 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.

22.2. 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.

22.3. 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.

22.4. 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.

Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

CNPJ: 87.376.109/0001-06