



SEGURO

ACIDENTES PESSOAIS

INDIVIDUAL (COMBOS **AP** PREMIADO E **ODONTO** PREMIADO)

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14
CONDIÇÕES GERAIS

SUMÁRIO

1	DEFINIÇÕES	1
2	OBJETIVO DO SEGURO	6
3	GARANTIAS DO SEGURO	6
4	RISCOS COBERTOS.....	9
5	RISCOS EXCLUÍDOS	10
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	11
7	CARÊNCIA	11
8	GRUPO SEGURÁVEL	11
9	ACEITAÇÃO DO SEGURO	12
10	GRUPO SEGURADO	12
11	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	14
12	CAPITAL SEGURADO	14
13	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES	15
14	CUSTEIO DO SEGURO	15
15	PAGAMENTO DO PRÊMIO	16
16	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	18
17	CANCELAMENTO DO SEGURO	18
18	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	19
19	PERDA DE DIREITO.....	24
20	BENEFICIÁRIOS	25
21	REGIME FINANCEIRO	25
22	FORO	26
23	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
24	EXCEDENTE TÉCNICO	26
25	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	28

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14
CONDIÇÕES GERAIS

1 DEFINIÇÕES

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

1.2 Análise do Risco: Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Adesão recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos componentes do grupo segurável;

1.3 Apólice: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, nos planos coletivos;

1.4 Beneficiário: Pessoa física ou jurídica indicada livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão ou em documento específico para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do evento coberto;

1.5 Capital Segurado: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento;

1.6 Carência: Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito a cobertura prevista pelo Seguro, sendo nula em caso de acidente pessoal;

1.7 Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

1.8 Central de Atendimento: é o serviço de discagem direta gratuita (DDG), pertencente à empresa prestadora terceirizada, contratada pela Seguradora e encarregada de tomar as providências necessárias à execução do funeral do Segurado, previsto no item 3.1 destas Condições Gerais;

1.9 Certificado Individual: Documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

1.10 Coberturas de Risco: Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;

1.11 Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

1.12 Condições Especiais: Conjunto de Cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, podendo ainda ampliar ou restringir o disposto nas Condições Gerais;

1.13 Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

1.14 Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;

1.15 Corretor: É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguros;

1.16 Data do Evento: Considera-se como data do evento, para efeito de acidentes pessoais, a data do acidente;

1.17 Doenças e Lesões Preexistentes: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, de conhecimento do mesmo antes da data da contratação e não declaradas na Proposta de Adesão;

1.18 Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio;

1.19 Evento Coberto: Acontecimento futuro e incerto, de natureza imprevisível, coberto pelo Seguro e ocorrido durante a sua vigência, que dá direito a indenização ao Segurado;

1.20 Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;

1.21 Formulário de Aviso de Sinistro: Documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora;

1.22 Garantias: Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

1.23 Grupo Segurado: Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

1.24 Grupo Segurável: Totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo concreto com o Estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

1.25 Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de um sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva garantia contratada;

1.26 Índice Pactuado: Índice contratado para a atualização dos prêmios e capitais segurados, na forma indicada nas Condições Gerais e na Proposta de Adesão;

1.27 Início de Vigência do Seguro: Data de aceitação da Proposta de Adesão, a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

1.28 Médico Assistente: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;

1.29 Migração de Apólice: Transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

1.30 Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

1.31 Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

1.32 Prêmio: Valor destinado ao custeio do seguro que o Segurado e/ou Estipulante pa-

ga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s);

1.33 Proponente: O interessado em contratar o Seguro, no caso de contratação individual, ou que propõe sua adesão à Apólice, no caso de contratação coletiva, e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio;

1.34 Proposta de Adesão: Documento com 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

1.35 Proposta de Contratação: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

1.36 Reabilitação: Restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão;

1.37 Regime Financeiro de Repartição Simples: Estrutura técnica do Seguro, em que os prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não sendo prevista devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Estipulante;

1.38 Reintegração: Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro;

1.39 Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo Seguro;

1.40 Segurado: Pessoa física em relação a qual a Seguradora assume a responsabilidade dos riscos cobertos previstos no contrato de Seguro, classificado em Segurado Principal, aquele que subscreve o Seguro e mantém vínculo com o Estipulante passível de comprovação efetiva, sendo o Segurado Dependente, o cônjuge ou companheira (o), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, da Previdência Social, ou por regulamentação própria e, desde que não sejam seguráveis como Segurado Principal;

1.41 Seguradora: MBM Seguradora S.A. legalmente constituída e autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais;

1.42 Serviço de Assistência Funeral: é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Segurado, obedecidos os limites e as condições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro. O Serviço de Assistência Funeral será executado por prestadores terceirizados, conveniados à Seguradora;

1.43 Sinistro: A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

1.44 Vigência do Seguro: Período no qual a Apólice de Seguro está em vigor;

1.45 Vigência da Cobertura Individual: Período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2 OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente Seguro, regido por estas Condições Gerais, Condições Especiais e Condições Contratuais expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) quanto às garantias básicas e adicionais contratadas, até o limite do capital segurado, em decorrência dos riscos cobertos.

3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 São garantias Básicas do Seguro:

3.1.1 Morte Acidental (MA)- Garante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.1.2 Invalidez Permanente por Acidente (IPA)- Garante o pagamento de uma indenização até o limite do capital segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.2 O Seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas e quando ambas forem contratadas, as indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam.

3.3 São garantias Adicionais do Seguro:

3.3.1 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)- Garante o reembolso, até o limite do capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciando nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.3.2 Diárias de Incapacidade (DI)- Garante o pagamento do capital segurado, observando o limite contratual máximo de 90 (noventa) diárias, no caso de incapacidade caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

3.3.3 Auxílio Alimentação (AA)- Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta garantia a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, durante a vigência do Seguro.

3.3.4 Funeral por Morte Acidental (FUN MA)- Garante a prestação do Serviço de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado ocasionada por causas acidentais, durante a vigência da cobertura individual do Seguro, observados o disposto no item 4 – Riscos Excluídos, sendo este Serviço limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado.

a) Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral são os descritos abaixo:

i. Assessoria para as Formalidades Administrativas – a Central de Atendimento solicitará e encaminhará à funerária do município de domicílio do Segurado os documentos necessários para o sepultamento ou Cremação (onde existir esse serviço) e adotará as medidas devidas para a realização do funeral, com a devolução de toda a documentação respectiva para os familiares e/ou pessoa responsável, informando-o(s) das providências que devem ser tomadas. Se for necessário, um membro da família ou pessoa responsável deverá acompanhar o representante da prestadora de serviço para o encaminhamento das formalidades administrativas.

ii. Registro de Óbito – a Central de Atendimento efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família e/ou pessoa responsável.

iii. Serviço de Retorno do Corpo – em caso de falecimento do Segurado durante viagem, em todo o território nacional, a Central de Atendimento atenderá às formalidades necessárias para o retorno do corpo, transportando-o em esquife standard até o município de domicílio do Segurado.

iv. Carro Funerário – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares um carro funerário para o transporte do corpo, do local do óbito até o local do velório, e depois até o local onde se dará o sepultamento, desde que dentro do mesmo município.

v. Urna Mortuária – a Central de Atendimento disponibilizará urna mortuária padrão (urna sextavada de madeira com visor, seis alças ou alças tipo varão, forrada em tecido, com babado e acabamento externo em verniz de alto brilho. No caso de impossibilidade de utilização da urna padrão, a Central de Atendimento disponibilizará mais 3 (três) tipos de urna, para livre escolha dos familiares ou representante legal.

vi. Ornamentação – a Central de Atendimento disponibilizará ornamentação para o funeral, que consiste em:

vii. uma coroa de flores;

viii. enfeite floral (no interior da urna);

ix. véu para cobrir o corpo.

x. Paramentos – a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pelos castiçais e velas que acompanharão a urna, bem como pelo aparelho de ozona.

xi. Velório – a Central de Atendimento colocará à disposição dos familiares uma sala velatória ou capela conforme o local do sepultamento.

xii. Mesa de Condolências – a Central de Atendimento providenciará uma mesa, no velório, onde será colocado o livro de presença do cerimonial.

xiii. Sepultamento ou Cremação – a Central de Atendimento adotará as providências para o sepultamento do falecido no túmulo ou jazigo da família. No caso de a família optar por cremação, a mesma deverá ser executada no local de residência do segurado ou, caso não haja este serviço na localidade, na cidade mais próxima em que seja possível fazê-lo e as cinzas serão encaminhadas para a cidade de domicílio do associado, respeitando o limite do Capital Segurado vigente na data do falecimento e compartilhado entre os demais serviços.

xiv. Locação de Jazigo – caso a família não disponha de local para o sepultamento, a Central de Atendimento responsabilizar-se-á pela locação de um jazigo, em cemitério público municipal. Se a família optar por um cemitério privado, a locação será realizada desde que seus valores sejam equivalentes ou superiores em até 20% (vinte por cento) do valor pago a título de locação ao cemitério municipal. O prazo de duração dar-se-á pelo período de 3 (três) anos a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade local.

xv. Traslado do Corpo – a Central de Atendimento providenciará o transporte do corpo do local onde ocorreu o óbito somente para a cidade onde realmente o Segurado mantinha residência oficial, através do meio de transporte mais adequado, em urna mortuária apropriada.

b) Os itens citados acima, quando prestados, não poderão somar valor superior ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado e, na hipótese de a soma dos valores dos itens prestados excederem o limite do Capital Segurado, o pagamento do valor em excesso será de responsabilidade do(s) familiar(es) do Segurado.

c) Alternativamente, por opção do(s) Beneficiário(s), a prestação do Serviço de Assistência Funeral poderá ser substituída pelo reembolso, ao responsável pelo pagamento, das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, limitado ao(s) valor(es) da(s) respectiva(s) Nota(s) Fiscal(is), e respeitando-se o Capital Segurado vigente na data do falecimento.

d) Todos os itens do Serviço serão prestados de acordo com a infraestrutura, regulamentos, legislação, costumes, localização e horário do local do sepultamento.

e) Todos os itens do Serviço serão executados sempre respeitando às condições de religião ou credo solicitado pelo(s) familiar(es) do Segurado.

f) Os Segurados Principais poderão incluir na garantia seus dependentes (cônjuge/companheiro(a) ou cônjuge/companheiro(a) e filhos) conforme a opção escolhida, no ato da contratação:

i. Modalidade Individual: Fica coberto pelo Seguro somente o Segurado Principal. Não há cobertura para os Segurados Dependentes.

ii. Modalidade Casal: Ficam cobertos pelo Seguro o Segurado Principal e seu cônjuge/companheiro(a).

iii. Modalidade Familiar: Ficam cobertos pelo Seguro o Segurado Principal e seus dependentes, sendo considerados como tais o cônjuge/companheiro(a) e seu(s) filho(s) menor(es) de 18 (dezoito) anos de idade.

3.3.5 Rescisão Contratual (RC)- Garante ao Estipulante do Seguro o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de morte do segurado decorrente de acidente pessoal coberto, durante a vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista.

3.4 As garantias adicionais, quando contratadas, somente podem ser concedidas para a totalidade do Grupo Segurado.

3.5 Somente as garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Assistência Funeral por Morte Acidental são extensivas aos cônjuges e aos filhos.

3.6 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de garantias relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, seja na condição de Segurado Principal ou Segurado Dependente, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4 RISCOS COBERTOS

4.1 O Segurado estará coberto dos seguintes riscos na vigência do Seguro:

a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto no subitem 7.2;

b) acidente pessoal;

c) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicação deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

d) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

- e)** choque elétrico e raio;
- f)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- g)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h)** queda n' água ou afogamento.

4.2 Incluem-se no conceito de acidente pessoal do subitem 1.1, as lesões decorrentes de:

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

4.3 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para fins deste Seguro:

- a)** as doenças (incluídas as profissionais) qualquer que seja a sua causa, ainda que provocada, desencadeada ou agravada, direta ou indiretamente por acidente inclusive a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente;
- b)** as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamento clínico ou cirúrgico quando não decorrentes de acidente coberto;
- c)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüência pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d)** as situações reconhecidas por instituições oficiais de Previdência ou assemelhadas, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão excluídos de todas as garantias do Seguro os riscos decorrentes:

- a)** do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b)** de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c)** de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;

- d)** de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro ou ainda, quando seguro contratado por pessoa jurídica, por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
- e)** de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- f)** direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente.
- g)** de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- h)** do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;
- i)** de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- j)** de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- k)** de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível; e
- l)** de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

5.2 Estão excluídos do Serviço de Assistência Funeral os seguintes itens:

- a)** Serviços solicitados pelo(s) familiar(es) ou pelo Segurado, anteriormente ao óbito, sem prévio consentimento da Seguradora, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.
- b)** Despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos, com exceção da locação de jazigo prevista no subitem “k” do item anterior.
- c)** Sepultamento de membros.
- d)** Confecção de lápide.
- e)** Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios).
- f)** Reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares.
- g)** Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência ou fora da vigência do Seguro.
- h)** Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

6.1 O Seguro dará cobertura durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia em qualquer parte do globo terrestre, exceto para as garantias de Diárias de Incapacidade (DI) e Assistência Funeral por Morte Acidental, quando optado pela prestação de serviço, que estarão cobertos apenas os eventos ocorridos no território brasileiro.

7 CARÊNCIA

7.1 Não haverá período de carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais.

7.2 No caso de suicídio ou tentativa de suicídio nos 2 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso, não será devido o capital segurado, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.

7.3 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às garantias e respectivos valores já contratados.

7.4 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido no subitem 7.2.

8 GRUPO SEGURÁVEL

8.1 É o conjunto de pessoas físicas que reúna as condições para inclusão na Apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características discriminadas no Contrato, que mantenha vínculo concreto com o Estipulante.

8.2 O Seguro poderá abrigar na mesma Apólice componentes de empresas coligadas e/ou controladas pelo Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

8.3 A Adesão ao Seguro é facultativa para os componentes principais do Grupo Segurável, podendo ser admitidos como componentes dependentes daqueles, o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), os filhos e enteados menores, considerados como dependentes pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como componentes principais.

8.4 No caso de inclusão de menores de 14 anos como componentes dependentes, o seguro destinar-se-á ao reembolso das despesas com funeral previstas nas Condições Especiais.

8.5 Os capitais segurados dos componentes dependentes, em quaisquer garantias, não poderão ser superiores ao do componente principal.

9 ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A aceitação da Proposta de Contratação será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

9.1.1 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, no prazo definido no subitem **9.1**, a Seguradora procederá, ao Estipulante, à comunicação formal justificando a recusa.

9.1.2 O prazo para manifestação definido no subitem 9.1 se aplica também para os casos de renovações e para alterações que impliquem na modificação do risco.

9.2 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou

da alteração proposta de contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.3 A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Estipulante a comprovação de todas as informações ou dados.

9.4 Poderão ser admitidas no Seguro as pessoas físicas com idade máxima definida nas Condições Contratuais, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de análise e aceitação do risco da Seguradora na data da assinatura da Proposta de Adesão.

9.4.1 A adesão ao Seguro somente será feita mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente.

9.4.2 Na Proposta de Adesão constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

9.4.3 O proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as doenças, lesões ou sequelas físicas de que seja portador.

9.4.4 Para aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.

9.5 Quando os Segurados Principais tiverem dependentes comuns, estes somente poderão ser incluídos uma única vez, considerando-se dependente daquele de maior Capital Segurado.

9.6 A aceitação da Proposta de Adesão será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.

9.7 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.8 A Seguradora reserva-se o direito de não aceitar a inclusão de proponente com Proposta de Adesão mal preenchida, com rasuras ou com declaração de saúde incompleta ou que comprometa a taxaço do seguro.

9.9 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao proponente, fundamentada na legislação vigente, com a conseqüente devolução dos valores já pagos, atualizados monetariamente da data do pagamento até a data da efetiva restituição pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, correspondente ao período entre a data do pagamento do prêmio e a data da efetiva restituição, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo definido no item 9.5, considerada a suspensão quando houver. No caso de recusa de risco, o valor pago a título de prêmio deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora.

9.10 Aceito a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo Certificado Individual do Seguro.

9.11 É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual, no início de vigência do contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subseqüentes.

9.12 É nula de pleno direito a inscrição do interessado que prestar declarações falsas, er-

rôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.

9.13 A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no item 9.12, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao Seguro, bem como dos valores correspondentes a prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406 de 10/01/02.

9.14 A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Segurado Principal ou de seu(s) Segurado(s) Dependente(s) a comprovação de todas as informações ou dados por estes fornecidos.

9.15 A inclusão dos componentes principais far-se-á da seguinte forma:

a) Automática – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;

b) Facultativa – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

9.16 A inclusão do(s) componente(s) dependente(s) far-se-á da seguinte forma:

a) Automática – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges ou companheiras(os), bem como os filhos e enteados menores, considerados como dependentes pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social, dos componentes principais.

b) Facultativa – quando somente por autorização do componente principal, o Seguro abranger os componentes dependentes supramencionados.

9.17 As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão e quitação, antes da ocorrência do evento coberto, do(s) prêmio(s) devido(s), observado o período de carência.

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

10 GRUPO SEGURADO

10.1 O Grupo Segurado é constituído por todos os componentes do Grupo Segurável que tenham sido incluídos no Seguro.

10.2 O índice de adesão, ou seja a relação entre o número de Segurados e o número de componentes do Grupo Segurável, e o número mínimo de Segurados para fins de aceitação e manutenção do Seguro serão estabelecidos nas Condições Contratuais.

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1 A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas da data neles indicada.

11.2 O período de cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado no Contrato do Seguro, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessária, desde que realizada pelo Estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

11.3 Caso haja, durante a vigência e/ou na renovação, qualquer modificação da apólice deverá ser feita através de aditivo, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou, ainda, a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos integrantes do grupo segurado.

11.4 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11.5 A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

11.6 A renovação automática não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova Proposta de Adesão.

11.7 As Propostas de Adesão recebidas pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, e que tenham satisfeito as condições de aceitação, terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão, sendo devidamente indicada no Certificado Individual.

11.8 Respeitado o período do correspondente prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

11.9 Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio e que tenham satisfeito as condições de aceitação, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

11.10 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

12 CAPITAL SEGURADO

12.1 O Capital Segurado, relativamente ao Segurado Dependente, não poderá ultrapassar o do Segurado Principal.

12.2 Quando a indenização ou a soma das indenizações, em decorrência de evento coberto, atingirem ou ultrapassarem o Capital Segurado, a cobertura ficará rescindida para o respectivo evento.

12.3 A reintegração do capital segurado nos casos de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, Invalidez Total por Acidente, por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas ou por Diárias de Incapacidade é automática após cada acidente.

12.4 Nenhuma indenização por um mesmo evento coberto será superior ao valor do Capital Segurado.

12.5 A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

12.6 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do Acidente.

12.7 Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

12.8 No caso de Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a Tabela anexa às Condições Especiais do Seguro.

12.9 No caso de pagamento de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

12.10 Para os casos em que houver contratação de cobertura para dependentes, o Capital Segurado do Segurado Dependente será estabelecido no Contrato e não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do valor do Capital Segurado do Segurado Principal.

13 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES

13.1 Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior.

13.1.1 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão atualizados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

13.2 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

13.3 A atualização de valores não se aplica às apólices com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

13.4 No caso de pagamento de prêmio à vista ou anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV até a data da ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14 CUSTEIO DO SEGURO

14.1 Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:

a) Não Contributário- quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;

b) Parcialmente Contributário- onde o Segurado e Estipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; ou

c) Contributário- quando os componentes do grupo segurado pagam a totalidade dos prêmios.

15 PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 O prêmio do Seguro terá periodicidade de pagamento mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual e resultará da aplicação, sobre o valor do capital segurado no mês do pagamento, da taxa inicialmente fixada no Contrato e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.

15.2 O prêmio deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de vigência do Seguro através de carnê, fatura, fatura de cartão de crédito, desconto ou consignação em folha ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido no Contrato.

15.3 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de prêmio.

15.4 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

15.5 O pagamento do prêmio, até a data de seu vencimento, manterá o Seguro em vigor até o último dia do mês de vigência a que o pagamento se referir.

15.6 O pagamento do prêmio deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Se a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil imediatamente seguinte, sem que haja suspensão das garantias.

15.7 Decorridos os prazos referidos nos subitens 15.3 e 15.5, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança do prêmio, as garantias do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de sinistro verificado durante o período de suspensão da cobertura.

15.8 Mediante prévia autorização da Seguradora, o recolhimento do prêmio poderá ser delegado ao Estipulante, o que deve ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos Segurados, através de fatura e Documento de Cobrança emitidos pela Seguradora.

15.9 A delegação de que trata o subitem 15.8 poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.

15.10 Na cobrança do prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o Segurado receba o carnê respectivo com antecedência de 30 (trinta) dias do vencimento da primeira parcela.

15.11 A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante que providenciará para que cada Segurado o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

15.12 Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio do Seguro, antes do início do novo período de cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

15.13 Nos seguros Contributários, quando os Segurados principais pagam o prêmio total ou parcialmente, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento

das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.

15.14 Nos seguros Não Contributários, quando os Segurados principais não pagam o prêmio do Seguro, caracterizada a inadimplência, fica facultado ao Estipulante reabilitar o Seguro dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do vencimento da primeira parcela do prêmio pendente de pagamento e antes de se completarem no máximo 3 (três) parcelas em atraso, mediante a quitação dos prêmios vencidos, atualizados monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, considerando a variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação, restabelecendo-se o direito à cobertura do Seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da referida quitação.

15.15 A Seguradora dará aviso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também ao Segurado, quando o custeio for Contributário, através de correspondência advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso sob pena de cancelamento do Seguro.

15.16 O não pagamento do prêmio pelo Estipulante na forma e nas condições previstas no subitem 15.14, determinará o cancelamento de pleno direito da Apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, respondendo a Seguradora pelos sinistros ocorridos até o término do mês de cobertura do Seguro a que corresponda o último prêmio recolhido.

15.17 Na cobrança do prêmio mediante desconto ou consignação em folha, o empregador somente poderá interromper o recolhimento no caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, a menos que tenha havido o cancelamento da Apólice.

15.18 O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio Segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade das coberturas do Seguro.

15.19 O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora, devendo destacar, no carnê, ticket ou outro documento, a quantia que lhe for devida, seja a que título for, do valor do prêmio do Seguro.

15.20 As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de carregamento constante do Contrato, serão cobertas pelo prêmio, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.

15.21 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações, deverá ser efetuado por quem determinar a legislação específica.

16 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

16.1 A cobertura do seguro será suspensa se o Estipulante ou o Segurado não pagar o prêmio respectivo até o dia de seu vencimento, ressalvado o disposto no item 15.13.

16.2 Nos seguros Contributários, o Segurado que tiver cobertura suspensa por inadimplência e pagar o prêmio devido até o 90º (nonagésimo) dia posterior ao seu vencimento terá cobertura reabilitada para os riscos ocorridos a partir da data do respectivo pagamento.

16.3 Transcorridos 90 (noventa dias) da data do vencimento do prêmio e não sendo este pago, na forma e nas condições previstas no subitem anterior, determinará o cancelamento de pleno direito da Apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, respondendo a Seguradora pelos Sinistros ocorridos até o término do mês de cobertura do Seguro a que corresponda o último prêmio recolhido.

17 CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 O seguro poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17.2 No caso de resilição total ou parcial do 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.

17.3 Qualquer alteração que restrinja direito ou que implique ônus ou dever ao Segurado deverá ser realizada por endosso ou aditivo ao contrato, com a concordância prévia e escrita de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17.4 A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.

17.5 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.6 Quando o custeio for Contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios pagos pelos Segurados tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da Apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento da multa e demais encargos previstos no subitem 15.13.

17.7 O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expresso consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.

17.8 Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 11.2, cessa a cobertura de cada Segurado, Principal ou Dependente, observando-se, em qualquer caso, que a caducidade do Seguro se dá sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s) agir(em) com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou para majorar indenização.

17.9 A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:

- a)** decorrido o prazo de suspensão previsto nos itens 16.2 e Erro! Fonte de referência não encontrada., o Estipulante ou o Segurado não promover a reabilitação da cobertura;
- b)** do pedido de exclusão por escrito do Segurado Principal;
- c)** do término do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.

17.10 No caso do item 17.9c), será respeitado o período de cobertura do Seguro correspondente ao prêmio pago, podendo o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes optarem em mantê-la, desde que haja concordância do Estipulante e da Seguradora e o Segurado Principal assuma os custos do risco e da cobrança.

17.11 Caso não haja interesse do Estipulante na manutenção do Segurado no grupo, será oferecido a possibilidade de ingresso em outro seguro, compatível no que se refere às garantias originalmente contratadas, com estrutura técnica adequada à sua idade no momento da perda do vínculo, não sendo exigida nova declaração de saúde para as mesmas garantias existentes no contrato anterior.

17.12 Além das situações mencionadas no subitem 17.9, a cobertura do Segurado Dependente cessa:

- a)** a pedido do Segurado Principal;
- b)** com a perda da condição de dependente do Segurado Principal, devendo neste caso ser dada ciência imediata à Seguradora para a suspensão da cobrança do prêmio correspondente;
- c)** com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal;
- d)** Quando houver o cancelamento da Apólice;
- e)** Se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
- f)** Em caso de morte do Segurado Principal.

17.13 No caso do item 17.12, mesmo que não tenha sido dada ciência do fato à Seguradora, não caberá restituição de qualquer parcela do prêmio já paga, nem será devida indenização por sinistro ocorrido com o Segurado Dependente após a perda da condição de dependente do Segurado Principal.

18 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 O evento coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.

18.2 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário (conforme o caso) ou seu representante legal.

18.3 Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do sinistro, relacionada nas Condições Especiais do Seguro.

18.4 Para recebimento da indenização das garantias contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as cir-

cunståncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

18.5 O Segurado acidentado deverá recorrer, imediatamente, às suas custas, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

18.6 As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da data do evento e em decorrência do mesmo, a Seguradora pagará a indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente. Entretanto, se a indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.

18.7 Mensalmente, e enquanto perdurar o pagamento da indenização por Diárias de Incapacidade Temporária, o Segurado obriga-se a encaminhar à Seguradora Laudo Médico que ateste a sua incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer qualquer atividade laboral remunerada.

18.8 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

18.8.1 Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

18.8.2 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 o limite de cobertura estabelecido para a garantia, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

18.9 A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do sinistro em cada garantia, relacionada nas Condições Especiais, contar-se-á o prazo para o pagamento da indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.

18.10 Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos nas Condições Especiais, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do sinistro, que só voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

18.11 Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 18.9 e 18.10 sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital segurado da garantia será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio

Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

18.11.1 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

18.12 A atualização a que se refere o subitem 18.11 será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

18.13 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.

18.14 A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.

18.15 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do (s) dependente (s), os capitais segurados referentes às garantias dos Segurados, principal e dependente (s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

18.16 Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.

18.17 A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 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 nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

18.18 As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

18.19 Liquidação de Sinistros – Serviço de Assistência Funeral

18.19.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro, o(s) familiar(es) do Segurado ou seu representante legal deverá(ão) comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, a qual providenciará a execução e a prestação do Serviço de Assistência Funeral, utilizando-se de prestadores terceirizados a ela conveniados.

18.19.2. O comunicado mencionado no item anterior deverá ser realizado através da Central de Atendimento, cujo número de telefone se encontrará indicado na Apólice e no Certificado Individual.

18.19.3. Ao comunicar o sinistro, o(s) familiar(es) do Segurado ou seu representante legal deverá(ão) informar o nome do Segurado falecido, CPF, endereço, os documentos necessários para comprovar o vínculo familiar e demais informações solicitadas pela Central de Atendimento.

18.19.4. Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

a) Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração do(s) familiar(es) do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada pela Central de Atendimento para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

18.19.5. Após a realização do funeral do Segurado falecido, a família deverá entregar, ao representante da prestadora do Serviço de Assistência Funeral, cópia autenticada da Certidão de Óbito, da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

18.19.6. Realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento posterior do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s).

18.20 Liquidação de Sinistros – Reembolso de Despesas com Funeral

18.20.1. Em caso de sinistro coberto por este Seguro e não tendo sido acionado o Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.3.

18.20.2. Tendo sido realizada a prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) não terá(ao) o direito ao recebimento do Capital Segurado.

18.20.3. A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada garantia, conforme

listados no item 18.3, contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização, o qual será de, no máximo, 30 (trinta) dias.

18.20.4. Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento coberto, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último prêmio antes da ocorrência do Sinistro, a Seguradora poderá exigir do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos no item 18.3, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Sinistro, que voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.20.5. A ocorrência do Sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

Evento	Documentação Básica (legenda no item 18.3.1)
Morte Acidental	a); b); c); d); e); f); g); h); i); j)

18.20.6. Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistro:

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.

b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado.

c) cópia autenticada ou comprovante original das despesas realizadas com o funeral, contendo nome completo e CPF do responsável pelo pagamento das despesas.

d) cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária do responsável pelo pagamento das despesas com a realização do funeral.

e) cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF do Segurado e comprovante de residência do Segurado.

f) documentos dos Beneficiários:

i. cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

ii. companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

iii. filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

iv. outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.

v. Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.

h) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.

i) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver.

j) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

18.20.7. A critério da Seguradora, e desde que negociado com o Estipulante/Subestipulante, poderão ser dispensados alguns documentos listados no item 18.19.6.

18.20.8. Conforme expressamente previsto em Contrato, o Sinistro poderá ser liquidado sem a necessidade de apresentação dos comprovantes citados no item 18.19.6.c), permanecendo, neste caso, a indenização limitada ao valor do Capital Segurado contratado.

19 PERDA DE DIREITO

19.1 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas que acarretem agravação do risco coberto; ou

b) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.

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

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

19.3.1 Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou **b)** mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

19.3.3 Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

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

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

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

20 BENEFICIÁRIOS

20.1 Para fins deste Seguro entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente na Proposta de Adesão, ou em documento específico, para receber o valor da indenização, no caso de ocorrência de evento coberto.

20.2 O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser substituído(s) a qualquer tempo mediante aviso escrito à Seguradora. Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar de declaração escrita do Segurado, desobrigando-se a Seguradora do pagamento da indenização ao novo Beneficiário caso não seja oportunamente cientificada da substituição.

20.3 No caso de morte do Segurado Dependente, o Beneficiário será sempre o Segurado Principal, bem como no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

20.4 Na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

20.5 Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) que mantenha com o Segurado Principal união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do Seguro esteja separado de fato ou judicialmente.

20.6 Na falta das pessoas mencionadas nos subitens precedentes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.7 Quando prestado o Serviço de Assistência Funeral, não será indenizado qualquer Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) do Segurado. Caso o(s) Beneficiário(s) optar(em) pelo reembolso das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, o Capital Segurado a ser indenizado será pago observando-se o disposto neste item.

20.7.1. Se apresentadas as notas fiscais originais ou autenticadas relativas às despesas com o funeral do Segurado falecido, o valor total dessas despesas será indenizado, até o limite do Capital Segurado vigente na data do evento, ao responsável pelo pagamento das mesmas, cujo nome e CPF deverão estar devidamente especificados na nota fiscal.

20.7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

21 REGIME FINANCEIRO

21.1 Tendo em vista que o presente seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, aos Beneficiários ou ao Estipulante.

22 FORO

22.1 As questões judiciais, entre o Segurado, Beneficiário ou Estipulante e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

23 INEXISTÊNCIA DE SUB-ROGAÇÃO

23.1 A Seguradora não se sub-roga em eventuais direitos dos Beneficiários por efeito do pagamento do reembolso das despesas ocorridas com o funeral.

24 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1 A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outrossim do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

24.2 A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do Estipulante ou do Corretor do Seguro, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais, Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP, e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

24.3 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

24.4 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

25 EXCEDENTE TÉCNICO

25.1 Quando previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

25.2 Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

25.2.1 Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) prêmios recebidos pela Seguradora, de competência correspondente ao período de vigência, efetivamente pagos, líquidos de IOF;

b) estorno de sinistros computados em excedentes técnicos anteriores, mas que definitivamente não sejam devidos; e c) estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores.

25.2.2 Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a)** comissões de corretagem pagas no período de apuração;
- b)** comissões de agenciamento pagas no período de apuração;
- c)** pró-labore (remuneração do estipulante/subestipulante) pago no período de apuração;
- d)** COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros, calculados mediante a aplicação de suas respectivas alíquotas (conforme legislação federal) sobre a diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas listadas no subitem 25.2.2;
- e)** despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em contrato, sobre os prêmios previstos no subitem 25.2.1a)
- f)** o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se pelo valor total os sinistros com pagamento parcelado;
- g)** os saldos negativos de resultados técnicos apurados em vigências anteriores, ainda não compensados;
- h)** prêmios de resseguro, quando houver; e
- i)** Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR), calculada com a mesma metodologia praticada pela área atuarial para a constituição da IBNR oficial da Seguradora.

25.2.3 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a)** o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b)** o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c)** a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d)** as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

25.3 O percentual de reversão de excedente técnico constará na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

25.4 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

25.5 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

25.6 Para os casos previstos no item 25.2, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

26 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1 Constituem obrigações do Estipulante:

26.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

26.1.2 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

26.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

26.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

26.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

26.1.6 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

26.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

26.1.8 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

26.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

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

26.1.11 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado; e

26.1.12 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quando ao Seguro contratado.

26.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1- A garantia de Morte Acidental, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro.

2- A indenização por morte acidental do Segurado Dependente é devida ao Segurado Principal.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d)** Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- g)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- h)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

4- A garantia de Morte Acidental, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

4.1- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

1- A garantia de Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

2- 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 Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela anexa.

2.1- Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

2.2- Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

2.3- Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

2.4- Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

2.5- Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

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

2.7- A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

2.8- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;
- c)** Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado e Médico Assistente;
- d)** Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado; e
- f)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao

da ocorrência do sinistro.

3- A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvida de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 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 nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

4- A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.

4.1- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

5- Se, depois de paga 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, se contratada esta garantia.

6- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

ANEXO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total Incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total Incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez Incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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 metacarplano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarplano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-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 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	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	6
	- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1- A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, observado o disposto a seguir:

1.1- Não estão abrangidas nesta garantia as despesas decorrentes de:

I- estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

II- aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

III- tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;

IV- medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;

V- transplantes; e

VI- consultas domiciliares.

2- Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos desde que legalmente habilitados.

3- Preservada a livre escolha, a Seguradora reserva-se o direito de estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

5- O pagamento da indenização, respeitado o limite da importância segurada, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado;

b) Comprovante do pagamento do prêmio do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;

c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;

d) Relatório original do médico que tenha assistido o Segurado, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;

e) Registro da ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;

f) Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.

6- Possuindo o Segurado mais de um Seguro de Acidentes Pessoais, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da MBM Seguradora S.A. por este Seguro será igual, em cada evento, a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

7- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE (DI)

1- A garantia de Diárias de Incapacidade, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado, até o limite contratado de diárias e de capital segurado, no caso de incapacidade diretamente resultante de acidente pessoal coberto, definido no subitem

1.1 das Condições Gerais, ocorrido durante a vigência do Seguro.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- A Seguradora indenizará o valor correspondente ao número de diárias equivalente ao período de tempo em que perdurar, efetivamente, o estado de incapacidade laborativa do Segurado, respeitado o limite de 90 (noventa) diárias por ano de vigência do contrato, podendo a Seguradora estabelecer uma franquia de no máximo 15 dias, devidamente especificada no Contrato. Considera-se como franquia o período contado a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade laborativa do segurado durante o qual o mesmo não terá direito à percepção das diárias.

4- A garantia de Diária de Incapacidade é devida a partir do dia da caracterização e comprovação da incapacidade do Segurado, respeitado o período de franquia fixado no Contrato.

5- A Incapacidade de que trata essa Condição Especial é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, diretamente resultante de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

6- O valor de cada Diária de Incapacidade corresponderá àquele expressamente estipulado nas Condições Contratuais e no Certificado Individual no item relativo à “Capital Segurado”.

7- O pagamento da indenização, respeitados o número de diárias contratado e o limite do capital segurado dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

a) Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado, e requerimento de indenização;

b) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;

c) Cópia autenticada da cédula de identidade do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;

d) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado, quando for o caso;

e) Boletim de atendimento hospitalar com data da entrada na emergência para receber os primeiros socorros ou Parte de Acidente;

f) Laudo Médico expedido pelo órgão de saúde e respectiva publicação da licença de saúde, informando a causa da incapacidade, o número de dias em que ficou afastado e a data do retorno às atividades profissionais;

g) Boletins Internos da Unidade, do período do afastamento desde o acidente até o apto, quando for o caso.

8- Enquanto perdurar o pagamento de Diárias de Incapacidade, ou a qualquer tempo quando solicitado pela Seguradora, o Segurado obriga-se a comprovar através de Laudo Médico permanência do seu estado de plena incapacidade de retorno ao trabalho ou de exercer a sua profissão ou ocupação.

9- A indenização por esta garantia é cumulativa com quaisquer outras garantias contratadas.

10- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1- A garantia de Rescisão Contratual, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d)** Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- g)** cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- h)** cópia autenticada da Carteira de Trabalho atualizada; e
- i)** cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

4- O Beneficiário será sempre o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.

5- Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.

6- O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AA)

1- A garantia de Auxílio Alimentação, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);

b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;

c) Cópia autenticada da certidão de óbito;

d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;

e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;

f) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);

g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);

h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

4- A garantia de Auxílio Alimentação, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

4.1- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Processo de Aprovação SUSEP 10.004808/99-14

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INCLUSÃO NA APÓLICE DE COMPONENTES DEPENDENTES PARA AS COBERTURAS DE MORTE ACIDENTAL E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1- Estas Condições Especiais em conjunto com as Condições Gerais e com as Condições Contratuais, expressamente convencionadas, da Apólice do Seguro de Acidentes Pessoais, têm por objetivo regular a inclusão automática ou facultativa dos dependentes do Segurado Principal.

2- Serão admitidos no Seguro como Segurados Dependentes do Segurado Principal o cônjuge e os filhos, considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

3- Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes economicamente do Segurado Principal.

4- Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a), que mantenha com o Segurado Principal união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do seguro esteja separado de fato ou judicialmente.

5- A inclusão dos componentes Dependentes far-se-á da seguinte forma:

a) Automática – quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os dependentes dos segurados definidos no item 2;

b) Facultativa – quando, somente por autorização do Segurado, o Seguro abranger qualquer dos componentes dependentes definidos no item 2.

6- A inclusão dos componentes Dependentes seguráveis é feita por adesão à este Seguro, podendo ser exigido para análise de aceitação, o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

7- Quando ambos os cônjuges forem segurados pela Apólice e tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez considerando-se como dependentes daquele de maior capital segurado.

8- O capital segurado da garantia básica do Dependente será estabelecido nas Condições Contratuais limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da garantia básica do Segurado Principal.

9- Para os filhos menores de quatorze anos, a garantia destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;

c) a indenização não poderá ultrapassar a importância segurada da garantia básica do Segurado Principal.

10- A indenização por morte devida por esta Cláusula será paga ao Segurado Principal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo Segurado;

- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade, do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado Dependente;
- d)** Relação com o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) assistente(s) e hospital(is) em que esteve internado o Segurado Dependente, quando o tempo decorrido entre a contratação e o sinistro for inferior a dois anos;
- e)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de residência do Segurado Dependente;
- f)** Comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de ensino médio, para filhos maiores de 21 anos e até 24 anos de idade;
- g)** Laudo médico com carimbo e CRM e firma reconhecida do médico assistente, emitido a pelo menos 12 meses da data do óbito, no caso de Segurado Dependente inválido e incapaz para o trabalho;
- h)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- i)** Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente, quando tratar-se de óbito do cônjuge.

11- O pagamento da indenização da garantia de invalidez por acidente dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado Dependente ou pelo seu representante legal;
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade, do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária do Segurado Dependente;
- c)** Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado Dependente ou seu representante legal e Médico Assistente;
- d)** Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado Dependente;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado Dependente;
- f)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro; e
- g)** Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente.

12- A cobertura de cada Segurado Dependente cessa nos seguintes casos:

- a)** Com o cancelamento desta Cláusula Especial;
- b)** Com o cancelamento da Apólice;
- c)** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante nos planos coletivos;
- d)** Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com a sua parte no prêmio;
- e)** Com o pagamento da indenização da garantia de Morte do Segurado Principal;
- f)** No momento em que cessar a condição de dependente; e

- g)** A pedido do Segurado principal na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;
- h)** com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal.