



ASSISTÊNCIA FUNERAL

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

SUMÁRIO

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS	12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	13
6. CARÊNCIAS	13
7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	14
8. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO	14
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	15
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	16
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	17
12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	17
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	18
14. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO	19
15. CAPITAL SEGURADO	20
16. BENEFICIÁRIOS	20
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS – DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	20
18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS – DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL	21
19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	23
20. CANCELAMENTO DO SEGURO	24
21. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	24
22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	25
23. PERDA DO DIREITO AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	26
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE, SUBESTIPULANTE E CONSIGNANTE	26
25. REGIME FINANCEIRO	27
26. EXCEDENTE TÉCNICO	27
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
28. INEXISTÊNCIA DE SUB-ROGAÇÃO	29
29. FORO	29

CONDIÇÕES GERAIS – CG

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este Seguro tem por objetivo garantir o reembolso, ao(s) próprio(s) Beneficiário(s), das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro, limitado ao(s) valor(es) da(s) respectiva(s) Nota(s) Fiscal(is), e respeitando-se o Capital Segurado vigente na data do falecimento.

1.2. Alternativamente, por opção do(s) Beneficiário(s), o reembolso poderá ser substituído pela prestação do Serviço de Assistência Funeral.

1.3. O Seguro foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica, em vista da ausência de constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas, não possibilita devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, aos Beneficiários ou ao Estipulante.

2. DEFINIÇÕES

Para fins deste Seguro, considera-se:

2.1. Aceitação - ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Contratação/Adesão apresentada pelo Estipulante e/ou pelo Segurado para cobertura do Risco Coberto.

2.2. Acidente Pessoal - evento com data caracterizada, ocorrido depois do início de Vigência do Seguro, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a)** as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, septicemias e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b)** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamen-

tos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.3. Aditivo – são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e do Corretor, gerarão o endosso à Apólice.

2.4. Agravamento do risco – aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.

2.5. Âmbito Geográfico de Cobertura – é a delimitação física da(s) localidade(s) onde o Segurado possui a cobertura para a(s) cobertura(s) contratada(s) no Seguro.

2.6. Apólice – documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante/Subestipulante.

2.7. Beneficiário – pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado para receber o valor do reembolso das despesas ocorridas com o funeral, no caso de ocorrência do Sinistro.

2.8. Cancelamento – extinção do Seguro antes do término de sua Vigência.

2.9. Capital Segurado - importância máxima a ser paga pela Seguradora no caso da ocorrência do Sinistro.

2.10. Carência – período de tempo, contado a partir do início de Vigência da cobertura individual ou do endosso relativo a eventual aumento de valor do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do Sinistro, mesmo tendo sido pagos os Prêmios, o Segurado (e os Beneficiários) não terão direito à percepção do Capital Segurado ou aumento de valor contratado, assim como o(s) seu(s) familiar(es) não terá(ão) direito à prestação do Serviço de Assistência Funeral.

2.11. 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.

2.12. Certificado Individual – documento que formaliza a inclusão do Proponente na Apólice, emitido pela Seguradora, no momento da sua aceitação, da renovação do Seguro ou da alteração dos valores de Capital Segurado ou Prêmio.

2.13. Coberturas – são as obrigações que a Seguradora assume, perante o Segurado, decorrente a vigência individual do Seguro e que representa o valor a ser pago quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.14. Condições Contratuais – conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Propostas de Contratação e de Adesão, destas Condições Gerais, do Contrato, da Apólice e do Certificado Individual.

2.15. Condições Gerais – conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos do Estipulante, do Segurado, dos Beneficiários e da Seguradora, de um mesmo plano ou Contrato de Seguro.

2.16. Consignante – é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

2.17. Contrato – instrumento jurídico, firmado entre o Estipulante/Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano de Seguro coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

2.18. Corretor – é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.

2.19. Data do evento – data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.

2.20. Declaração Pessoal de Saúde e de Atividade – documento, anexo a Proposta de Adesão, em que o Proponente oferece, para exame da Seguradora, informações sobre suas condições de saúde e de atividade, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas, na data da assinatura da Proposta de Adesão.

2.21. Doença – é o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.22. Doença ou lesão preexistente – doença ou lesão, inclusive as congênitas, de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Adesão.

2.23. Dolo – é a intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

2.24. Domicílio – é o lugar onde o Segurado se estabelece com ânimo definitivo de ali permanecer.

2.25. Endosso – é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do Contrato/Apólice, pelo qual este e o Segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da Apólice ou o transferem a outrem.

2.26. Estipulante – pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo de Seguros, em favor de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor quando participar do custeio do Seguro e, como Estipulante-Averbador, quando não participar do custeio.

2.27. Evento Coberto – é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) cobertura(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.28. Excedente Técnico – é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período, que poderá ser distribuído, no todo ou em parte, aos Segurados e/ou Estipulantes/Subestipulantes.

2.29. Formulário de Aviso de Sinistro – é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.30. Grupo Segurado – totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.31. Grupo Segurável – totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.32. Indenização – valor máximo a ser pago por ocorrência do Sinistro coberto, limitado ao Capital Segurado.

2.33. Migração de Apólice – a transferência de Apólice coletiva de uma supervisionada para a outra, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.34. Período de Cobertura – é aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

2.35. Prêmio – é o valor correspondente a cada um dos pagamentos, que o Segurado e/ou o Estipulante/Subestipulante paga(m) à Seguradora, destinados ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

2.36. Preposto – é a Pessoa investida no poder de representação do Segurado, como o corretor de seguros ou o Estipulante/Subestipulante em caso de Seguro em grupo.

2.37. Proponente – pessoa pertencente ao Grupo Segurável interessada em aderir ao Contrato de Seguro.

2.38. Proposta de Adesão – documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, a ser preenchido e assinado pelo Proponente, que expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.39. Proposta de Contratação – documento com a 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 o Seguro, para grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.40. Reabilitação do Seguro – é o restabelecimento das coberturas contratadas em função da retomada do pagamento do(s) prêmio(s), dentro do prazo de suspensão.

2.41. Regime Financeiro de Repartição Simples – estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse mesmo período.

2.42. Regulação ou Liquidação de Sinistro – é o procedimento no qual a Seguradora, quando avisada da ocorrência de um sinistro, averigua as causas e as circunstâncias para caracterização do risco, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais e, frente a essas verificações, conclui sobre a cobertura ou não do evento ocorrido, se pronunciando quanto à prestação do Serviço de Assistência Funeral ou quanto ao pagamento do Capital Segurado.

2.43. Riscos Excluídos – riscos não cobertos pelo Seguro, conforme estabelecido nestas Condições Gerais.

2.44. Risco / Evento Coberto – falecimento do Segurado, desde que ocorrido durante a Vigência do Seguro.

2.45. Segurado – pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, sendo denominado Segurado Principal, quando mantiver vínculo com o Estipulante/Subestipulante, e Segurado Dependente, quando contratar o Seguro por intermédio do Segurado Principal.

2.46. Segurado Principal – é o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante/Subestipulante.

2.47. Segurado Dependente – é o cônjuge/companheiro(a) do Segurado Principal ou o

cônjuge/companheiro(a) e o(s) filho(s) do Segurado Principal, conforme a modalidade determinada no ato da contratação.

2.48. Seguradora – é a MBM Seguradora S.A., devidamente constituída e legalmente autorizada a operar seguros de pessoas e previdência no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.49. Seguro – é o contrato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

2.50. Serviço de Assistência Funeral – é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Segurado, obedecido 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.

2.51. Sinistro – a ocorrência do evento/risco coberto, durante o período de vigência da cobertura individual.

2.52. Sub-Estipulante – pessoa física ou jurídica que estipula em proveito de grupo que a ela de qualquer modo se vincule, denominado subgrupo, através da inclusão de seus componentes na cobertura de Apólice coletiva já existente, ficando investido dos poderes de representação deste subgrupo, em conjunto com o Estipulante.

2.53. SUSEP – é a Superintendência de Seguros Privados, uma autarquia federal vinculada ao Ministério da Fazenda, criada pelo Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, que é responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

2.54. Suspensão – é o lapso temporal em que o Seguro não opera nenhum efeito, ficando o Segurado sem direito à cobertura contratada.

2.55. Vigência do Seguro – é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

2.56. Vigência da cobertura Individual – é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. O Seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas. São garantias Básicas do Seguro:

3.1.1. Funeral (FUN)- Garante a prestação do Serviço de Assistência Funeral, em caso de morte do Segurado ocasionada por causas naturais ou 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. Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral são os descritos abaixo:

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

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

- uma coroa de flores;
- enfeite floral (no interior da urna);
- véu para cobrir o corpo.

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

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

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

j) 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.

k) 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.

l) 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.

3.1.1.1. 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.

3.1.1.2. Os itens citados acima, quando prestados, não poderão somar valor superior ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado.

3.1.1.3. 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.

3.1.1.4. Alternativamente, por opção do(s) Beneficiário(s), a prestação do Serviço de Assistência Funeral poderá ser substituída pelo reembolso, ao(s) próprio(s) Beneficiário(s), 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.

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

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

3.1.1.7. Os Segurados Principais poderão incluir no Seguro seus dependentes (cônjuge/companheiro(a), pai, mãe, sogro, sogra 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 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade se estiver cursando nível superior, ou filhos cuja deficiência os torne inimputáveis.

iv. Modalidade Extensivo: Ficam cobertos pelo Seguro o Segurado Principal e seus dependentes, sendo considerados como tais o cônjuge/companheiro(a), pai, mãe, sogro, sogra, e seu(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade se estiver cursando nível superior, ou filhos cuja deficiência os torne inimputáveis.

3.1.1.8. A modalidade escolhida pelo Segurado Principal constará da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.

3.1.2. 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. Os itens inclusos no Serviço de Assistência Funeral são os descritos abaixo:

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d) 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.

e) 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.

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

g) uma coroa de flores;

h) enfeite floral (no interior da urna);

i) véu para cobrir o corpo.

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

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

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

m) 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.

n) 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.

o) 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.

3.1.2.1. Estão excluídos do Serviço de Assistência Funeral os seguintes itens:

i) 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.

j) Despesas decorrentes de confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigos, com exceção da locação de jazigo prevista no subitem “k” do item anterior.

k) Sepultamento de membros.

l) Confecção de lápide.

m) Aquisição de sepultura, jazigo, terreno, cova, carneiro (gaveta nos cemitérios).

n) Reembolso de gastos extras efetuados pelos familiares.

o) Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência ou fora da vigência do Seguro.

p) Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

3.1.2.2. Os itens citados acima, quando prestados, não poderão somar valor superior ao valor do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado.

3.1.2.3. 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.

3.1.2.4. 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.

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

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

3.1.2.7. Os Segurados Principais poderão incluir na garantia seus dependentes (cônjuge/companheiro(a), pai, mãe, sogro, sogra 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 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade se estiver cursando nível superior, ou filhos cuja deficiência os torne inimputáveis.

iv. Modalidade Extensivo: Ficam cobertos pelo Seguro o Segurado Principal e seus dependentes, sendo considerados como tais o cônjuge/companheiro(a), pai, mãe, sogro, sogra, e seu(s) filho(s) menor(es) de 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade se estiver cursando nível superior, ou filhos cuja deficiência os torne inimputáveis.

3.1.2.8. A modalidade escolhida pelo Segurado Principal constará da Proposta de Adesão e do Certificado Individual do Seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro, ficando o mesmo cancelado, quando a morte do Segurado for decorrente:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa 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 da ordem pública e delas decorrentes; exceto no caso de prestação de serviço militar;

c) de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;

d) de ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante legal de um ou de outro; e no caso de Seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.

e) de tratamento e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelos órgãos públicos competentes e suas consequências;

f) de atos de terroristas, não estão cobertos danos e perdas causados direta e/ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhado de laudo circunstanciado, que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

g) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual do Seguro ou da sua reabilitação depois de suspenso;

h) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

j) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

k) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

l) do parto ou aborto e suas consequências, exceto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

m) do choque anafilático e suas consequências, exceto quando forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal;

n) epidemias e pandemias, declaradas por órgão competente; e

o) de acidentes pessoais ocorridos em função de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico.

4.2. Os riscos excluídos previstos nas letras “b”, “i” e “j” não se aplicam aos casos em que a morte do Segurado provier da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. A prestação do Serviço de Assistência Funeral será realizada somente para eventos cobertos ocorridos no Brasil.

5.2. A opção de reembolso das despesas ocorridas com o funeral do Segurado aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. CARÊNCIAS

6.1. O prazo de carência será definido no Contrato de Seguro e ratificada na Apólice, sendo contada a partir do início de vigência da cobertura individual, ou da data de recondução depois de suspenso.

6.1.1. O limite máximo de carência, a ser estabelecido no Contrato de Seguro, será de 2 (dois) anos.

6.1.2. O prazo de carência, não poderá exceder a metade do prazo de vigência da Apólice.

6.2. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a carência corresponderá a 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual, ou da data de recondução depois de suspenso.

6.3. O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido.

6.4. Caso o grupo segurado seja transferido para outra Seguradora, ou no caso de migração, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

6.5. Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência, observando o estabelecido no Contrato de Seguro.

7. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1. O Seguro deverá ser contratado mediante a apresentação de Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Estipulante e pelo Subestipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

7.1.1. As Condições Gerais do Seguro estarão disponíveis ao Proponente Estipulante e Subestipulante na íntegra quando da apresentação da Proposta de Contratação.

7.1.2. Na Proposta de Contratação constará cláusula na qual o Proponente Estipulante e Subestipulante declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

7.2. A Seguradora fornecerá ao Proponente Estipulante e Subestipulante ou ao seu representante legal um protocolo que identifique a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

7.3. Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante e Subestipulante, o Seguro considera-se automaticamente aceito.

7.3.1. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.

7.4. A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante/Subestipulante a documentação que achar necessária, por quantas vezes se fizer necessário, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, seja para avaliação da Proposta de Contratação ou para taxaço do risco. Nestes casos, o prazo previsto no item 7.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.5. No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora procederá à comunicação formal, justificando a recusa. No caso em que já tenha havido o pagamento de prêmio, os valores pagos deverão ser devolvidos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados pelo Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acumulado entre o mês imediatamente anterior ao seu recebimento e o imediatamente anterior à data da efetiva restituição, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.6. Após a aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante/Subestipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

8. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, além da declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.2. A inclusão de Proponentes na condição de Segurados Principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato, podendo ser de dois tipos:

- Adesão Compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o Grupo Segurável; ou
- Adesão Facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do Grupo Segurável que desejarem ingressar na Apólice.

8.3. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.

8.4. A Seguradora fornecerá ao Proponente ou seu representante legal um protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

8.5. Para os seguros novos, recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, considerar-se-á aceito o Seguro.

8.5.1. O prazo definido no item 8.5 será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ser feito apenas uma vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega completa dos mesmos.

8.6. O prazo definido no item 8.5 será adotado também nos casos de alterações no Seguro que impliquem na modificação do risco.

8.6.1. Neste caso, o prazo definido no item 8.5 será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ser feito apenas uma vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega completa dos mesmos.

8.7. Poderão ser aceitos, após a análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que, na data da assinatura da mesma, atenderem aos requisitos de aceitação, constantes no Contrato. Para o Segurado Principal que optar pelas modalidades Casal, Familiar ou Extensivo, seus respectivos dependentes serão considerados aceitos no Seguro mediante a aceitação da Proposta de Adesão do Segurado Principal.

8.8. Quando houver, a Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante e obrigatória da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

8.9. No caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora procederá à comunicação formal, justificando a recusa.

8.9.1. No caso de não aceitação da proposta de Adesão e de já ter havido o pagamento de prêmio, os valores pagos deverão ser devolvidos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o Proponente terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da Proposta de Adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

8.10. A cada Segurado incluído no Seguro, bem como em cada uma das renovações do Seguro, será enviado um Certificado Individual.

8.11. No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente ou doença.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. A Vigência do Seguro, bem como a vigência das coberturas individuais, serão definidas na Apólice e no Certificado Individual, respectivamente.

9.1.1. As apólices poderão ser renovadas periodicamente, salvo se a Seguradora ou o Estipulante/Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

9.1.2. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

9.2. O presente Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da mesma.

9.3. A renovação automática da Apólice poderá ocorrer uma única vez, sendo que as demais renovações, caso existam, deverão ocorrer de forma expressa e por quantas vezes se fizer necessário.

9.3.1. A renovação da Apólice que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante/Subestipulante.

9.3.2. A renovação automática da Apólice não será aplicada aos casos em que o Estipulante/Subestipulante comunique o desinteresse na continuidade da vigência do Seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta dias) que antecedam o final da vigência da Apólice.

9.4. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo, 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.

9.5. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, comunicará ao Estipulante/Subestipulante sua decisão, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.

9.6. Qualquer modificação na Apólice, durante a vigência ou na renovação, deve ser feita através de aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante/Subestipulante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação na Apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos aos Segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.7. Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante/Subestipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

10.1.1. Para os segurados sob a égide de desconto em folha, o risco individual iniciar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto do primeiro prêmio de seguro no contracheque do Segurado.

10.1.2. Para os segurados sob a égide de débito em conta corrente, o risco individual iniciar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o pagamento do primeiro prêmio de seguro.

10.1.3. Para os segurados sob a égide de boleto bancário, o risco individual iniciar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o pagamento do primeiro prêmio de seguro.

10.1.4. Nos contratos de Seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data

de aceitação da Proposta de Adesão ou com data distinta, ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.

10.1.5. Nos contratos de Seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora.

10.2. O término de Vigência da Cobertura Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no Certificado Individual.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

11.1. O Capital Segurado e o prêmio correspondente serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da Apólice, pela variação positiva do Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

11.1.1. No caso de extinção do Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

11.2. Nas Apólices de Seguro onde o Capital Segurado é contratado na forma de múltiplo salarial, este será recalculado conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante/Subestipulante comunicar à Seguradora.

11.3. Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o seu Capital Segurado, a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

11.4. Para as contratações com vigência igual ou inferior a 12 (doze) meses não será aplicada a atualização monetária.

11.5. Quando houver pagamento de prêmio à vista ou anual, os capitais segurados pagáveis serão atualizados pelo Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de pagamento anual, serão contados desde a última atualização até a data de ocorrência do sinistro.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

12.1. Os valores porventura devidos a título de devolução de prêmio pela Seguradora, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.1.1. No caso de cancelamento da Apólice, os valores de que trata este item, porventura devidos, serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.1.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

12.1.3. No caso de recusa da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão, os valores de que trata este item serão exigíveis a partir da data em que se deu a recusa da Proposta.

12.2. Os valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, em relação à liquidação do sinistro, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, na hipótese de não cumprimento do prazo previsto no item 18.2 para o pagamento da respectiva obrigação, observando-se que:

12.2.1. Os juros moratórios serão devidos a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 18.2.

12.3. No caso de extinção do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.

12.4. As atualizações definidas nos itens 12.1 e 12.2, serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1. O custeio do Seguro poderá ser:

13.1.1. Contributário: onde os segurados pagam a totalidade do prêmio;

13.1.2. Parcialmente Contributário: onde Segurado e Estipulante/Subestipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; e

13.1.3. Não Contributário: onde o Estipulante/Subestipulante paga a totalidade do prêmio.

13.2. O prêmio resultará da multiplicação da taxa, indicada no Contrato e referente à modalidade escolhida, pelo Capital Segurado vigente na respectiva data de pagamento.

13.2.1. A taxa adotada no presente Seguro será calculada a partir da metodologia prevista na respectiva Nota Técnica Atuarial.

13.3. O prêmio, quando pago, total ou parcialmente, pelo Estipulante/Subestipulante deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, Segurado por Segurado.

13.4. O prêmio será pago antecipadamente ou postecipadamente ao período de cobertura e sua periodicidade será definida no Contrato podendo ser à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual.

13.5. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante/Subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, boleto bancário, débito em conta corrente, cartão de crédito ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no Contrato de Seguro.

13.6. É expressamente vedado ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.

13.6.1. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante/Subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada.

13.6.2. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

13.7. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante solicitação do Segurado Principal por escrito.

13.7.1. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante/Subestipulante ou consignante 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 da cobertura.

13.8. Se a data de vencimento do prêmio cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

13.9. Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

13.10. Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

13.11. Em caso de perda de vínculo com o Estipulante/Subestipulante, desde que haja concordância expressa deste, o Segurado poderá ser mantido no Seguro, assumindo, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

13.12. Sob sua exclusiva responsabilidade perante o Segurado, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável pelo seu repasse à Seguradora, conforme disposto no Contrato de Seguro e ratificado na Apólice. O não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará na cobrança do valor que deixou de repassar, acrescidos de atualização monetária com base na variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento e acrescidos ainda de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, e sujeita o Estipulante/Subestipulante às cominações legais, porém não prejudicará o Segurado.

13.13. O não pagamento do prêmio por parte do Segurado ou Estipulante/Subestipulante, quando este não for apenas o responsável pelo repasse dos prêmios, nos prazos estipulados no Contrato de Seguro implicará na suspensão da cobertura do Seguro, conforme definido no item 19.

14. REAVALIAÇÃO DA TAXA DO SEGURO

14.1. Tendo em vista a possibilidade de alterações substanciais na composição do Grupo Segurado, principalmente àquelas relativas à idade e ao Capital Segurado, a Seguradora efetuará, na data previamente estabelecida no Contrato de Seguro, a reavaliação da taxa inicialmente utilizada para o cálculo do prêmio, buscando corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa recalculada com base nos sinistros verificados e nos prêmios efetivamente recebidos.

14.2. Nos casos de seguro contributivo, havendo necessidade de reajuste, a taxa recalculada irá substituir a taxa inicialmente fixada, desde que haja anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado. Nesta hipótese,

haverá o respectivo endosso à Apólice, no qual constará a nova taxa para o Contrato analisado, cujo início e término de vigência ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim nele indicada.

15. CAPITAL SEGUADO

15.1. O valor do Capital Segurado da cobertura contratada constará do Certificado Individual emitido à cada Segurado.

15.2. Os valores, tanto do Capital Segurado, quanto da Indenização, serão expressos em moeda corrente nacional.

15.3. Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do Segurado.

15.4. O Serviço de Assistência Funeral será prestado de acordo com o limite de Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado.

15.5. Para o Segurado Principal que optar pelas modalidades Casal, Familiar ou Extensivo, 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.

16. BENEFICIÁRIOS

16.1. Quando prestado o Serviço de Assistência Funeral, não será indenizado qualquer Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) do Segurado.

16.2. Quando 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.

16.2.1. 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.

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

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS – DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

17.1. 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.

17.2. 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.

17.3. 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.

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

17.4.1. 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.

17.5. 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 (na ausência da certidão de óbito, poderá ser apresentado a declaração de óbito), da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

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

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS – DO REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

18.1. 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.

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

18.2. A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada cobertura, 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.

18.2.1. 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.

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

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

18.3.1. 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 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 da Carteira de Identidade, CPF do Segurado e comprovante de residência do Segurado.
- f)** documentos dos requerentes:
 - i. cônjuge:** cópia da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - ii. companheiro(a):** cópia 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 da Certidão de Nascimento, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
 - iv. outros:** cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e comprovante de conta bancária.
- g)** cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.
- h)** cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- i)** cópia do Laudo de Necropsia, se houver.
- j)** cópia do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

18.3.2. A critério da Seguradora, e desde que negociado com o Estipulante/Subestipulante, poderão ser dispensados alguns documentos listados no item 18.3.1.

18.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

18.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do(s) Beneficiário(s), salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

18.6. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo(s) Beneficiário(s), respeitando-se o limite do Capital Segurado vigente na data de falecimento do Segurado, atualizado monetariamente.

18.7. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

18.8. Caso o pagamento do valor da indenização, quando devida, ultrapassar o prazo definido no item 18.2, o seu valor será atualizado monetariamente, observando-se a data

de ocorrência do Sinistro, pela variação positiva acumulada do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV), com base no último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele

publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, e acrescido de juros moratórios à taxa de 6% (seis por cento) ao ano, em conformidade com o disposto no item 12.2.

18.8.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.

18.9. Em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, a Seguradora deverá 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.

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

18.11. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

19.1. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, a cobertura deste Seguro estará suspensa a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando os Beneficiários sem direito a receber indenização referente à cobertura contratada e não sendo possível o acionamento do Serviço de Assistência Funeral no caso de ocorrência do sinistro.

19.1.1. Neste caso, a Seguradora não cobrará o prêmio referente ao período de suspensão do Segurado.

19.1.2. O período máximo de suspensão da cobertura individual é de 90 (noventa) dias consecutivos, a contar do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança. Após este prazo, o Seguro será cancelado, conforme item 20.

19.2. No caso da retomada do pagamento dos prêmios, antes do fim do prazo de suspensão, a cobertura será restabelecida a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do referido pagamento e qualquer indenização ou acionamento do Serviço de Assistência Funeral dependerá de prova de que antes da ocorrência do Sinistro o pagamento tenha sido efetuado.

19.3. A Seguradora dará aviso expresso ao Estipulante/Subestipulante, 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 retomada da quitação dos prêmios sob pena de cancelamento do Seguro.

19.4. Transcorridos 90 (noventa) dias da data do vencimento do prêmio e não sendo este pago, o Seguro será cancelado sem que seja devida ao(s) Beneficiário(s), qualquer indenização para evento ocorrido após àquela data, não sendo, da mesma forma, devolvidos os prêmios já pagos até aquele momento.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Caso, até o prazo de 90 (noventa) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja retomado o pagamento dos prêmios, o Seguro fica automaticamente

cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

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

20.3. Em caso de seguro contributivo, o Seguro só 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.

20.4. No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.5. 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/Subestipulante.

21. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

21.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da cobertura individual, indicado no Certificado Individual não podendo superar o término da vigência da Apólice.

21.2. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

21.2.1. com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante/Subestipulante; ou

21.2.2. quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice; ou

21.2.3. quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio; ou

21.2.4. quando ocorrer o óbito do Segurado.

21.3. Dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

21.3.1. No caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, a responsabilidade pela veracidade das informações e boa-fé, estende-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do mesmo, seus prepos- tos, seus Beneficiários ou seu corretor de seguros:

22.1.1. inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;

22.1.2. inobservância das obrigações convencionadas na Apólice que acarretem agrava- mento do risco coberto; ou

22.1.3. fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando intencionalmente o risco ou as suas consequências.

22.2. Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato ilícito doloso do Se- gurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

22.3. O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual, ou da sua reabili- tação depois de suspenso.

22.4. O(s) Beneficiário(s) perderá(ao) o direito à indenização quando o Segurado estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes da reabilitação do Seguro.

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

22.5.1. 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 diferen- ça de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

22.5.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segu- rado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

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

22.7. Cabe ao Segurado, logo que saiba, informar à Seguradora, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

22.7.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de can- celar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, reduzir o Capital Segurado ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

22.7.2. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, de- vendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. PERDA DO DIREITO AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

23.1. O(s) familiar(es) perderá(ão) o direito ao Serviço de Assistência Funeral, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do mesmo, seus prepostos, seus familiares, seus Beneficiários ou seu corretor de seguros:

23.1.1. inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;

23.1.2. inobservância das obrigações convencionadas na Apólice que acarretem agravamento do risco coberto; ou

23.1.3. fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando intencionalmente o risco ou as suas consequências.

23.2. Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato ilícito doloso do Segurado, do(s) familiar(es) ou de representante de um ou de outro.

23.3. O(s) familiar(es) perderá(ão) o direito ao Serviço de Assistência Funeral quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual, ou da sua reabilitação depois de suspenso.

23.4. O(s) familiar(es) perderá(ao) o direito ao Serviço de Assistência Funeral quando o Segurado estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o Sinistro antes da reabilitação do Seguro.

23.5. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá, 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.

23.6. O Segurado perderá o direito ao Serviço de Assistência Funeral se agravar intencionalmente o risco.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE, SUBESTIPULANTE E CONSIGNANTE

24.1. Constituem obrigações do Estipulante, Subestipulante e Consignante:

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

24.1.2. 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;

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

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

24.1.5. repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

24.1.6. repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

24.1.7. comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer Sinistro relativo ao grupo segurado que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

24.1.8. dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

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

24.1.10. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, e o número telefônico da Central de Atendimento em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante/Subestipulante; e

24.1.11. comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

24.1.12. discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, e o número telefônico da Central de Atendimento nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado.

24.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante/Subestipulante às cominações legais.

24.3. Nos seguros com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

24.4. Para fins deste Seguro não é considerado Estipulante ou Subestipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito Proposta de Contratação, tenha sua participação restrita à condição de Consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo Segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

25. REGIME FINANCEIRO

25.1. O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, sendo que neste regime não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados, Beneficiários ou Estipulante/Subestipulante.

26. EXCEDENTE TÉCNICO

26.1. Quando previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da Apólice, depois de pagos todos os prêmios do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

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

26.3. O excedente técnico será apurado aplicando-se um determinado percentual, definido no Contrato, sobre o resultado técnico apurado em cada Apólice.

26.3.1. O percentual de distribuição de excedente técnico constará na Proposta de Contratação, na Proposta de Adesão e no Contrato.

26.3.2. O resultado técnico será a diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

- Receitas:

i. prêmios recebidos pela Seguradora, de competência correspondente ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de IOF;

ii. estorno de sinistros computados em excedentes técnicos anteriores, mas que definitivamente não sejam devidos;

iii. estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores.

- Despesas:

i. comissões de corretagem pagas no período de vigência da Apólice;

ii. comissões de agenciamento pagas no período de vigência da Apólice;

iii. pró-labore (remuneração do estipulante/subestipulante) pago no período de vigência da Apólice;

iv. 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 listadas¹;

v. despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em Contrato, sobre os prêmios previstos na alínea “i” das receitas;

vi. o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de vigência da Apólice, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se pelo valor total os sinistros com pagamento parcelado;

vii. os saldos negativos de resultados técnicos apurados em vigências anteriores, ainda não compensados;

viii. prêmios de resseguro, quando houver;

ix. 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.

26.3.3. Os valores das receitas e despesas utilizados no cálculo do resultado técnico serão atualizados monetariamente até a data da apuração, segundo o índice e as regras de atualização previstas no item 11, sendo os prêmios e comissões atualizados a partir da data de pagamento; os sinistros a partir da data de aviso e os saldos negativos anteriores a partir da data de sua apuração.

26.4. Se o resultado técnico apurado na forma e critérios acima for um valor negativo, não haverá distribuição de excedente técnico.

26.5. Quando seu saldo for positivo, a apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o mês de apuração até a data da distribuição (pagamento) do excedente técnico, segundo o índice e as regras de atualização previstas no item 11.

26.6. Para os casos previstos no item 26.2, deverá ser incluído no Certificado Individual informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

1. Ao somar as despesas, deve-se desconsiderar as relativas a esta alínea.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1. A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante/Subestipulante, 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.

27.2. A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante ou corretor de Seguro, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP, bem como os dispositivos contidos na Apólice e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

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

27.4. 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.

28. INEXISTÊNCIA DE SUB-ROGAÇÃO

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

29. FORO

29.1. As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário ou Estipulante/ Subestipulante e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado, do Beneficiário ou do Estipulante/Subestipulante, conforme o caso.

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