

VIP
MAIS SUA FAMÍLIA
PROTEGIDA



MANUAL DO CLIENTE

VIP
MAIS SUA FAMÍLIA
PROTEGIDA



É muito bom saber que você e sua família
contam agora com a tranquilidade de ter
um produto CAPEMISA.

Leia seu manual com atenção. Assim você fica conhecendo todos os seus direitos e obrigações e não deixa de aproveitar nenhuma das vantagens do seu **VIP MAIS** da CAPEMISA.

- Principais Características e Condições..... pág. 04
- Regulamento do Pecúlio Individual por Morte pág. 06
- Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais..... pág. 17
- Condição Especial da Garantia Básica de Morte
Por Acidente..... pág. 58
- Tabela de Taxas pág. 62

Daqui para frente, sempre que precisar, você poderá esclarecer suas dúvidas através da **CENTRAL DE RELACIONAMENTO**. Ligue grátis para:

0800 723 3030

de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h30.

www.capemisa.com.br

**CAPEMISA**
VIDA E PREVIDÊNCIA

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E CONDIÇÕES



- O que é o VIP MAIS?

É um produto de previdência, Pecúlio Individual por Morte conjugado com Seguro de Acidentes Pessoais.

- Qual o benefício contratado no Pecúlio Individual por Morte?

É um valor que será pago de uma só vez ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), no caso de morte do Participante.

- Qual a Cobertura contratada no Seguro de Acidentes Pessoais?

É um valor que será pago de uma só vez ao(s) Beneficiário(s), no caso de morte por acidente do Segurado.

- Como está estruturado o VIP MAIS?

Em Regime Financeiro de Repartição Simples, em que os valores contratados são pagos de uma só vez ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), no caso de morte do Participante/Segurado.

- Como são atualizados os valores das Coberturas, do Pecúlio, Seguro e contribuições/prêmios?

Os valores das coberturas e contribuições/prêmios serão atualizados anualmente, no mês de fevereiro, pelo IPC da FGV acumulado nos 12 meses que antecedem o mês de janeiro.

- Qual o limite de idade para ingresso?

A idade mínima para ingresso é de 14 anos e a máxima é de 80 anos, na data da assinatura da proposta.

- A contribuição/prêmio sofrerá ajuste por idade?

Sim, no mês do aniversário do Participante/Segurado, porém os valores contratados não sofrem alteração.

- Quando se inicia a contagem do prazo de carência para recebimento do Benefício do Pecúlio?

A partir da data de aceitação da proposta.

- No caso do Participante que não apresentou a Declaração Pessoal de Saúde na data de contratação do VIP MAIS, como será pago o Pecúlio?

O Pecúlio será pago ao(s) Beneficiário(s) de uma única vez, sendo aplicado o percentual previsto na tabela abaixo, no caso de ocorrência do sinistro no prazo de carência mínima de 2 anos:

Período decorrido do início da vigência do Pecúlio	Percentual do Benefício Contratado
Até 6 meses	0%
De 7 a 12 meses	10%
De 13 a 18 meses	40%
De 19 a 24 meses	70%
A partir de 24 meses	100%

Obs.: 1 – Não haverá período de carência em caso de evento gerador decorrente de Morte por Acidente.

2 – O pagamento antecipado das contribuições não anula o período de contagem para carência.

3 – O período de carência poderá ser substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou atividade laborativa.

- Há carência para o Seguro de Acidentes Pessoais?

Não, exceto em caso de suicídio, para o qual há carência de dois anos.

- A partir de quando entra em vigor este contrato?

A partir da data de aceitação da proposta.

- A partir de quando as coberturas contratadas começarão a vigorar?

A partir do pagamento da primeira contribuição/prêmio, referente à proposta cujo risco tenha sido aceito pela CAPEMISA.



- Como será efetuado o pagamento das contribuições/prêmios à CAPEMISA?

Mediante consignação em folha de pagamento, boleto bancário ou por débito em conta.

- Em que caso o Participante/Segurado é excluído do VIP MAIS?

Por óbito.

- Em que casos o contrato do VIP MAIS é cancelado?

- Por falsa declaração ou omissão na declaração feita na proposta de inscrição.
- Por atraso no pagamento das contribuições/prêmios, por prazo superior a 90 (noventa) dias.
- A pedido.

- No caso do Participante/Segurado estar com o pagamento da contribuição/prêmio em atraso, a Cobertura poderá ser reabilitada?

Sim. Se as contribuições/prêmios em atraso forem quitadas antes de completados 90 (noventa) dias.

- Como solicitar as coberturas contratadas?

Logo após a ocorrência do sinistro, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) entrar em contato, o mais rápido possível, com a nossa Central de Relacionamento, que o auxiliará nos procedimentos.

REGULAMENTO DO PECÚLIO INDIVIDUAL POR MORTE

DAS CARACTERÍSTICAS

Art. 1º - CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A, doravante denominada CAPEMISA, institui o Pecúlio Individual por Morte, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito neste Regulamento e devidamente aprovado pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, através do Processo nº 15414.000797/2008-16.

Parágrafo Único - DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PECÚLIO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER CONTRIBUIÇÕES PAGAS, UMA VEZ QUE CADA CONTRIBUIÇÃO É DESTINADA A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE BENEFÍCIO NO PERÍODO.

DO OBJETIVO

Art. 2º - O objetivo deste Pecúlio é a concessão de uma Cobertura por Morte ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), em decorrência do óbito do Participante ocorrido durante o período de Cobertura e após cumprido o período de carência estabelecido, observadas as demais condições deste Regulamento.

Parágrafo Único - A COBERTURA ESTARÁ ATIVA ENQUANTO HOVER INTERESSE DO PARTICIPANTE NA SUA MANUTENÇÃO, EFETUANDO O PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES DEVIDAS, CONFORME DISPOSTO NO ART. 12 DESTE REGULAMENTO.

DAS DEFINIÇÕES

Art. 3º - Para efeito deste Regulamento, considera-se:

I. ACIDENTE PESSOAL: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do Participante.

II. BENEFICIÁRIO(S): a(s) pessoa(s) indicada(s) na proposta de inscrição ou em documento específico, para receber o pagamento relativo ao benefício contratado.

III. BENEFÍCIO: o pagamento que o(s) Beneficiário(s) recebe(m) em função da ocorrência do evento gerador durante o período de Cobertura.

IV. BENEFÍCIO DEFINIDO: a modalidade segundo a qual o valor do benefício contratado é previamente estabelecido na proposta de inscrição.

V. CARREGAMENTO: importância resultante da aplicação de percentual sobre o valor das contribuições pagas, destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

VI. CERTIFICADO DE PARTICIPANTE: documento legal que formaliza a aceitação, pela CAPEMISA, do proponente.



VII. **CONSIGNANTE:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da CAPEMISA, correspondentes às contribuições dos participantes.

VIII. **CONTRIBUIÇÃO:** o valor pago pelo Participante para garantir a Cobertura contratada e seu custeio.

IX. **DOENÇAS, LESÕES E SEQÜELAS PREEXISTENTES:** são aquelas que o Participante, ou seu responsável, saiba ser portador ou sofredor na data da assinatura da proposta de inscrição.

X. **DATA DE PROTOCOLO:** a data em que a CAPEMISA recepciona, por meio físico ou eletrônico, a proposta de inscrição do proponente.

XI. **EVENTO GERADOR:** a ocorrência da morte do Participante durante o período de Cobertura.

XII. **INDEXADOR:** o índice contratado para atualização monetária dos valores relativos ao Pecúlio, na forma estabelecida por este Regulamento.

XIII. **INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA DO PECÚLIO:** a data de aceitação da proposta de inscrição pela CAPEMISA.

XIV. **LIMITE DE COMERCIALIZAÇÃO:** valor máximo de benefício estabelecido pela CAPEMISA, observado o valor de seu Limite Técnico.

XV. **NOTA TÉCNICA ATUARIAL:** o documento, previamente aprovado pela SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico da Cobertura do Pecúlio a que se refere este Regulamento.

XVI. **OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS:** os valores relativos à devolução de contribuições e o benefício do Pecúlio devido.

XVII. **PARTICIPANTE:** a pessoa física que contrata a Cobertura do Pecúlio.

XVIII. **PECÚLIO POR MORTE:** o capital a ser pago de uma só vez ao(s) Beneficiário(s) em decorrência da morte do Participante.

XIX. **PERÍODO DE CARÊNCIA:** PERÍODO CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA, DURANTE O QUAL, NA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, OS BENEFICIÁRIOS NÃO TERÃO DIREITO AO RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO CONTRATADO.

XX. **PERÍODO DE COBERTURA:** período durante o qual os Beneficiários, por morte do Participante, farão jus aos benefícios contratados, conforme estabelecido no Parágrafo único do artigo 2º deste regulamento.

XXI. **PROPONENTE:** pessoa interessada em contratar Cobertura do Pecúlio.

XXII. **PROPOSTA DE INSCRIÇÃO:** documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de contratar o Pecúlio, manifestando pleno conhecimento do Regulamento.

XXIII. **REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES:** a estrutura técnica em que as contribuições pagas por todos os Participantes, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

XXIV. **REGULAMENTO:** instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, sendo obrigatoriamente entregue ao Participante no ato da inscrição, como parte integrante da proposta de inscrição.

DAS CONDIÇÕES DE INGRESSO

Art. 4º - PODERÃO PARTICIPAR DO PECÚLIO AS PESSOAS FÍSICAS COM IDADE MÍNIMA DE 14 ANOS E MÁXIMA DE 80 ANOS, EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUE ATENDEREM AOS REQUISITOS PREVISTOS NESTE REGULAMENTO, NA DATA DE ASSINATURA DA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO.

Parágrafo Único - OS PROPONENTES MENORES, POR OCASIÃO DO PREENCHIMENTO DA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO, SERÃO REPRESENTADOS OU ASSISTIDOS PELOS PAIS, TUTORES OU CURADORES, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 5º - A PROPOSTA DE INSCRIÇÃO É INDIVIDUAL, DEVENDO O PROPONENTE, ALÉM DE ASSINAR, PREENCHER TODOS OS CAMPOS APLICÁVEIS DO FORMULÁRIO PRÓPRIO, INDICANDO, INCLUSIVE, SEUS BENEFICIÁRIOS E O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM NO BENEFÍCIO.

§ 1º - O PARTICIPANTE PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR OS BENEFICIÁRIOS INDICADOS BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À CAPEMISA.

§ 2º - CASO UM OU MAIS BENEFICIÁRIOS VENHAM A FALECER ANTES DO



PARTICIPANTE, O BENEFÍCIO SERÁ REDISTRIBUÍDO ENTRE OS REMANESCENTES, EM PARTES PROPORCIONAIS, OBSERVADO O PERCENTUAL INDICADO DE PARTICIPAÇÃO DE CADA UM.

§ 3º - NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU NA FALTA DELES, SERÃO CONSIDERADOS COMO TAIS OS SUCESSORES LEGÍTIMOS, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

Art. 6º - A partir da data de protocolo da proposta de inscrição, sua aceitação se dará automaticamente, caso não haja manifestação em contrário por parte da CAPEMISA, no prazo máximo de quinze dias.

§ 1º - O prazo a que se refere o *caput* deste artigo poderá ser suspenso nos casos em que seja necessária, comprovadamente, a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco.

§ 2º - A suspensão a que se refere o § 1º deste artigo cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados solicitados para análise do risco.

§ 3º - A não aceitação deverá ser comunicada ao proponente, por escrito, fundamentada na legislação e regulamentação vigentes, concomitantemente à devolução de valor já aportado, atualizado pela variação do índice que consta no Regulamento, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento da contribuição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora e/ou multa conforme art.19 deste Regulamento.

Art. 7º - Para aceitação da proposta de inscrição, a CAPEMISA 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.

Art. 8º - A contratação do Pecúlio dar-se-á mediante assinatura da proposta de inscrição, sua protocolização e aceitação pela CAPEMISA, e conseqüente remessa do certificado de Participante.

Art. 9º - SE O PARTICIPANTE, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO OU NA MENSURAÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO, PERDERÁ O DIREITO AO BENEFÍCIO CONTRATADO, ALÉM DE FICAR OBRIGADO À CONTRIBUIÇÃO VENCIDA.

Parágrafo Único - SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES

NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO PARTICIPANTE, A CAPEMISA TERÁ DIREITO A RESOLVER O CONTRATO, OU A COBRAR, MESMO APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, A DIFERENÇA DA CONTRIBUIÇÃO.

Art. 10º - AS OBRIGAÇÕES DA CAPEMISA DECORRENTES DO PECÚLIO CONTRATADO SOMENTE SERÃO EXIGÍVEIS APÓS A ACEITAÇÃO DA RESPECTIVA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO, OBSERVADOS O PERÍODO DE CARÊNCIA E O PRAZO DE SUSPENSÃO DA COBERTURA, QUANDO PREVISTOS NO REGULAMENTO.

Art. 11º - O Participante poderá se inscrever em mais de um Pecúlio, desde que a soma dos valores dos benefícios da mesma espécie não venha a ultrapassar o limite de comercialização estabelecido pela CAPEMISA.

DO PAGAMENTO DA CONTRIBUIÇÃO, MANUTENÇÃO E DO CANCELAMENTO DA COBERTURA

Art. 12º - O Participante deverá efetuar o pagamento de suas contribuições, com a periodicidade mensal, cujo valor será calculado atuarialmente segundo o benefício subscrito e a Nota Técnica Atuarial respectiva.

§ 1º - Servirão como comprovantes de pagamento o débito efetuado em conta bancária ou o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado ou comprovante de desconto na ficha financeira do Participante.

§ 2º - CASO O CUSTEIO DO PECÚLIO PREVIDENCIÁRIO SEJA PROCESSADO PELO CONSIGNANTE NA FICHA FINANCEIRA DO PARTICIPANTE, A AUSÊNCIA DE REPASSE À CAPEMISA DE CONTRIBUIÇÕES RECOLHIDAS PELO CONSIGNANTE NÃO PODERÁ CAUSAR PREJUÍZO AOS PARTICIPANTES, NO QUE SE REFERE AO BENEFÍCIO PREVISTO NESTE REGULAMENTO.

Art. 13º - QUANDO O PAGAMENTO FOR FEITO MEDIANTE FICHA DE COMPENSAÇÃO OU EQUIVALENTE, ESTA SERÁ ENVIADA PELA CAPEMISA, DIRETAMENTE OU PELO CORREIO, COM ANTECEDÊNCIA DE, PELO MENOS, 10 (DEZ) DIAS DA DATA DE SEU VENCIMENTO.

Parágrafo Único - O PARTICIPANTE QUE NÃO RECEBER A FICHA DE COMPENSAÇÃO, OU OUTRO DOCUMENTO CORRESPONDENTE, DEVERÁ FAZER O RECOLHIMENTO DE SEU PAGAMENTO POR VIA POSTAL OU POR ORDEM DE PAGAMENTO NA REDE BANCÁRIA CREDENCIADA EM FAVOR DA CAPEMISA, ATÉ A DATA DO VENCIMENTO, INDICANDO SEU NOME, NÚMERO DE INSCRIÇÃO E ENDEREÇO ATUALIZADO.



Art. 14º - NO CASO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR, DURANTE PERÍODO DE ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS DE ATRASO DAS CONTRIBUIÇÕES, O BENEFÍCIO SERÁ PAGO, DEDUZIDO DAS CONTRIBUIÇÕES DEVIDAS, ACRESCIDAS DE JUROS MORATÓRIOS IGUAIS A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO REGULAMENTO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO ART.16.

Parágrafo Único - PARA FINS DESTE REGULAMENTO, ENTENDE-SE O PRAZO ESPECIFICADO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO COMO O PRAZO DE TOLERÂNCIA CONCEDIDO PARA A COBERTURA.

Art. 15º - TRANSCORRIDOS 90 (NOVENTA) DIAS DO VENCIMENTO DA CONTRIBUIÇÃO DEVIDA E NÃO PAGA, O CONTRATO SERÁ CANCELADO SEM QUE SEJAM DEVIDOS AO PARTICIPANTE OU SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) O RECEBIMENTO PROPORCIONAL DE QUALQUER BENEFÍCIO, RESSALVADO O DISPOSTO NO ARTIGO ANTERIOR, OU AS CONTRIBUIÇÕES JÁ PAGAS.

§ 1º - A QUALQUER MOMENTO, ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO PREVISTO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO, O PARTICIPANTE PODERÁ REABILITAR A COBERTURA EFETUANDO O PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES EM ATRASO, ACRESCIDAS DE JUROS MORATÓRIOS IGUAIS A 1% (UM POR CENTO) AO MÊS E ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE ACORDO COM O ÍNDICE ADOTADO NO REGULAMENTO, CONFORME CRITÉRIO ESTABELECIDO NO ART. 16.

§ 2º - A CAPEMISA NOTIFICARÁ O PARTICIPANTE COM ANTECEDÊNCIA DE PELO MENOS 10 (DEZ) DIAS ANTES DO TÉRMINO DO PRAZO PREVISTO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO, ATRAVÉS DE CORRESPONDÊNCIA AO MESMO, ADVERTINDO-O QUANTO À NECESSIDADE DE QUITAÇÃO DAS CONTRIBUIÇÕES EM ATRASO, SOB PENA DE CANCELAMENTO DO CONTRATO.

DA ATUALIZAÇÃO

Art. 16º - O valor da contribuição e o do benefício serão atualizados anualmente, no mês de fevereiro, pelo **IPC** da **FGV** acumulado nos 12 meses que antecedem o mês de janeiro.

Parágrafo Único - A primeira atualização observará o **IPC** da **FGV** acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição.

Art. 17º - O BENEFÍCIO DE PECÚLIO POR MORTE, DESDE A DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO

NÃO SERÁ ATUALIZADO NA HIPÓTESE DE A CAPEMISA CUMPRIR O PRAZO ESTABELECIDO NO ART. 25 DESTE REGULAMENTO.

§ 1º - CASO O PRAZO ESTABELECIDO NO ART. 25 DESTE REGULAMENTO NÃO SEJA CUMPRIDO, O BENEFÍCIO DE PECÚLIO POR MORTE SERÁ ATUALIZADO MONETARIAMENTE, DESDE A DATA DO EVENTO GERADOR ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

§ 2º - CONSIDERANDO O DISPOSTO NO § 1º DESTE ARTIGO, A ATUALIZAÇÃO SERÁ EFETUADA COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA DO ÍNDICE ESTABELECIDO NO REGULAMENTO, APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO, ESTANDO AINDA SUJEITA À APLICAÇÃO DE MORA E/OU MULTA CONFORME O ART. 19 DESTE REGULAMENTO.

§ 3º - CONSIDERANDO O DISPOSTO NO *CAPUT* DESTE ARTIGO, É IMPORTANTE QUE O BENEFICIÁRIO AGILIZE SUA HABILITAÇÃO AO BENEFÍCIO JUNTO À CAPEMISA, APRESENTANDO OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS IMEDIATAMENTE APÓS A OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR.

Art. 18º - ALÉM DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, O VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES SOFRERÁ ACRÉSCIMO ANUALMENTE, EM DECORRÊNCIA DA MUDANÇA DE IDADE DO PARTICIPANTE E CONSEQÜENTE AUMENTO DE RISCO, COM A FINALIDADE DE MANTER O EQUILÍBRIO ATUARIAL, FINANCEIRO E ECONÔMICO DO PECÚLIO, NA FORMA DA LEI.

Parágrafo Único - O ACRÉSCIMO DE QUE TRATA O *CAPUT* DESTE ARTIGO SERÁ REALIZADO NO **MÊS DE ANIVERSÁRIO** DO PARTICIPANTE.

DA APLICABILIDADE DA MORA

Art. 19º - Os valores relativos às obrigações pecuniárias da CAPEMISA serão acrescidos de multa, quando prevista, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 25 deste Regulamento, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

§ 1º - Os juros moratórios serão equivalentes à taxa de 1% (UM POR CENTO) ao mês.

§ 2º - Para este Pecúlio não será adotada multa.



DO CARREGAMENTO

Art. 20º - O CARREGAMENTO SERÁ DE 30% (TRINTA POR CENTO) SOBRE O VALOR DAS CONTRIBUIÇÕES, PARA FAZER FACE ÀS DESPESAS ADMINISTRATIVAS E DE COMERCIALIZAÇÃO. O PERCENTUAL ADOTADO CONSTARÁ DA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO.

DO BENEFÍCIO

Art. 21º - A proposta de inscrição e o certificado do Participante indicarão os valores iniciais da contribuição e do benefício, o período de Cobertura, bem como o(s) Beneficiário(s), de acordo com as condições constantes deste Regulamento.

Art. 22º - A alteração do valor do benefício, exceto as atualizações automáticas, deverá ser feita por intermédio de aditamento com endosso das condições deste Regulamento, em que constará a respectiva alteração.

Parágrafo Único - deverão constar no documento de endosso, no mínimo, as seguintes informações:

- Nome do Participante e assinatura;
- Data;
- Valores dos acréscimos na contribuição e benefício;
- Período de carência para os valores majorados;
- Número da proposta;
- Número do processo SUSEP referente ao Pecúlio;
- Informação de que ficarão inalteradas as demais cláusulas estabelecidas no Regulamento e na proposta.

Art. 23º - SERÁ ADOTADO UM PERÍODO DE CARÊNCIA DE 24 (VINTE E QUATRO) MESES, CONTADO A PARTIR DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PECÚLIO, PERÍODO ESTE EM QUE O(S) BENEFICIÁRIO(S) FAZ (EM) JUS A UM PERCENTUAL DO BENEFÍCIO, DA SEGUINTE FORMA:

Período decorrido do início da vigência do Pecúlio	Percentual do Benefício Contratado
Até 6 meses	0%
De 7 a 12 meses	10%
De 13 a 18 meses	40%
De 19 a 24 meses	70%
A partir de 24 meses	100%

§ 1º - Não haverá período de carência em caso de evento gerador decorrente de acidente pessoal.

§ 2º - O pagamento antecipado das contribuições não anula o período de carência do Pecúlio.

§ 3º - A critério exclusivo da CAPEMISA, o período de carência poderá ser substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou atividade laborativa.

Art. 24º - Para habilitação ao recebimento do benefício, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) apresentar a seguinte documentação:

- Documento de Identidade do Participante;
- Certidão de Óbito do Participante;
- Documento de Identidade, Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento e CPF do(s) Beneficiário(s) e do(s) representante(s) legal(is), se for o caso;
- Boletim de Ocorrência Policial e Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal, se for o caso;
- Laudo do médico-assistente do Participante.

Parágrafo Único - EM CASO DE DÚVIDA JUSTIFICADA PARA A COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO GERADOR OU HABILITAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S), PODERÃO SER EXIGIDOS OUTROS DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS NO *CAPUT* DESTE ARTIGO.

Art. 25º - O BENEFÍCIO SERÁ DEVIDO APÓS A DATA DO FALECIMENTO DO PARTICIPANTE E SERÁ PAGO EM ATÉ 30 (TRINTA) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO.

Parágrafo Único - SERÁ SUSPENSA A CONTAGEM DO PRAZO DE QUE TRATA O *CAPUT* DESTE ARTIGO NO CASO DE SOLICITAÇÃO DE NOVA DOCUMENTAÇÃO, RESPEITADO O DISPOSTO NO PARÁGRAFO ÚNICO DO ARTIGO ANTERIOR.

Art. 26º - NÃO SERÁ CONCEDIDO O BENEFÍCIO DE PECÚLIO POR MORTE QUANDO A MORTE FOR CONSEQÜÊNCIA DE DOENÇA, LESÃO OU SEQÜELAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO PECÚLIO, NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE INSCRIÇÃO E COMPROVADAMENTE DE CONHECIMENTO DO PARTICIPANTE, OU DECORRENTES DE EVENTO GERADOR OCORRIDO DURANTE O PERÍODO DE SUSPENSÃO DA COBERTURA POR INADIMPLÊNCIA, QUANDO FOR O CASO.

Art. 27º - Em caso de dúvida justificada quanto ao pagamento da contribuição antes da ocorrência do evento gerador, a CAPEMISA poderá solicitar do(s) Beneficiário(s) comprovante de quitação daquela.

DA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Art. 28º - A CAPEMISA, durante o período de contribuição, fornecerá aos Participantes, entre outras, as seguintes informações relativas à data de encerramento do período imediatamente anterior, **até o 10º dia útil de cada ano**:

- I. denominação do Pecúlio e do Benefício contratado;
- II. número do processo SUSEP que aprovou o Pecúlio;
- III. valor das contribuições pagas pelo Participante no período de competência referenciado no extrato;
- IV. valor pago pelo Participante a título de carregamento no período de competência referenciado no extrato;
- V. valor do benefício contratado atualizado.

Art. 29º - A CAPEMISA disponibilizará aos Participantes, mensalmente, no mínimo, as informações referentes ao valor do benefício e da contribuição.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 30º - O PAGAMENTO DOS TRIBUTOS QUE INCIDAM OU VENHAM A INCIDIR SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES E/OU BENEFÍCIOS DEVERÁ SER EFETUADO POR QUEM A LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA DETERMINAR.

Art. 31º - NO CASO DE EXTINÇÃO OU VEDAÇÃO DO ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES, A CAPEMISA ADOTARÁ OS PROCEDIMENTOS DETERMINADOS PELA LEGISLAÇÃO PERTINENTE OU PELOS ÓRGÃOS PÚBLICOS COMPETENTES.

Art. 32º - A APROVAÇÃO DESTE PECÚLIO PELA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

Art. 33º - O Participante poderá consultar a situação cadastral do corretor no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Art. 34º - O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Regulamento será o do domicílio do Participante.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

PROCESSO SUSEP Nº 15414.004417/2007-31



1. INFORMAÇÕES GERAIS

- I. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.
- II. O registro deste Seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- III. 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.
- IV. Este 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 Apólice.
- V. Qualquer modificação da Apólice que implicar ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Obedecidas as condições e os limites da Cobertura adiante estabelecidos, o objetivo deste Seguro é garantir o pagamento do Capital Segurado, ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), caso ocorram quaisquer dos eventos previstos nas condições e cláusulas deste Seguro, desde que tais eventos estejam incluídos na Cobertura contratada pelo Estipulante e Segurado.

3. DEFINIÇÕES

3.1 Acidente pessoal

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si

só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, observando-se que:

a) Incluem-se neste conceito:

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

b) excluem-se neste conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

3.2 Aditivo

É a condição suplementar incluída no Contrato de Seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

3.3 Agenciamento

É o trabalho de convencimento feito junto a pessoas seguráveis a fim de que elas firmem adesão, por meio de Proposta Individual de Adesão, ao Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

3.4 Agravamento do Risco

É o aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.

3.5 Âmbito de Cobertura

Significa abrangência da Cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

3.6 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da Cobertura solicitada pelo Estipulante.

3.7 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Beneficiário é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

3.8 Beneficiário

Pessoa física designada na Proposta de Inscrição ou em documento específico para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.9 Boa - Fé

É um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar



informações exatas sobre o Contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

3.10 Capital Segurado

É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Sociedade Seguradora na ocorrência do sinistro.

3.11 Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

3.12 Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Sociedade Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

3.13 CID-10

É a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

3.14 Cobertura

É a proteção conferida por um Contrato de Seguro ou de Resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

3.15 Cobertura Básica

É a Cobertura principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma Apólice. A ela são agregadas as Coberturas adicionais, acessórias ou suplementares, se ou quando for o caso.

3.16 Coberturas de Risco

São as Coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data predeterminada.

3.17 Colateral

São parentes em linha colateral ou transversal, até o quarto grau, as pessoas provenientes de um só tronco, sem descenderem uma da outra. São exemplos: irmãos, tios, sobrinhos, primos, tio-avô, sobrinho-neto; pois os mesmos possuem um ancestral comum.

3.18 Contrato do Seguro

São as disposições introduzidas na Apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da Cobertura, enfocados de forma particular.

3.19 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta Individual de Adesão, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato e do Certificado Individual.

3.20 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Sociedade Seguradora, dos Segurados, do(s) Beneficiário(s) e, quando couber, do Estipulante.

3.21 Condições Especiais

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de Cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo Seguro.

3.22 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do Seguro coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.23 Consignante

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



3.24 Corretor de Seguros

Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG (Escola Nacional de Seguros).

3.25 Data do Evento

É a data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

3.26 Declaração Pessoal de Saúde

É o questionário, normalmente integrante da Proposta Individual de Adesão, no qual o proponente do Seguro presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

3.27 Doença Preexistente

É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta Individual de Adesão.

3.28 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do Seguro 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 Seguro, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.

3.29 Estorno de Prêmio

É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

3.30 Evento

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

3.31 Garantia

É a designação genérica utilizada para indicar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela Seguradora ou Resseguradora, também empregada como sinônimo de Cobertura.

3.32 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

3.33 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

3.34 Indenização

É o valor a ser pago pela Sociedade Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada.

3.35 Índice de Sinistralidade

É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de Apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

3.36 Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Sociedade Seguradora.

3.37 Limite Máximo de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do Seguro. Pode ser fixo, quando o Capital Segurado é pago integralmente (Seguros de Vida, por exemplo).

3.38 Limite Máximo Individual de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado e equivale ao capital individual Segurado.





3.39 Liquidação de Sinistro

É o processo para pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s).

3.40 Migração de Apólices

É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

3.41 Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

3.42 Parâmetros Técnicos

É a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

3.43 Período de Cobertura

É aquele durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

3.44 Prazo de Carência

É o período, contado a partir da data de início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.

3.45 Prêmio

É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

3.46 Prêmio Comercial

É o valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de Apólice, se houver.

3.47 Prêmio Puro

É o valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de Apólice, se houver.

3.48 Pró-Labore

É a denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a Apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

3.49 Proponente

É o interessado em contratar a(s) Cobertura(s) ou aderir ao Contrato.

3.50 Proposta de Adesão

É o 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.

3.51 Regime Financeiro de Repartição Simples

Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em determinado período, deverão ser suficientes para pagar os sinistros decorrentes dos eventos ocorridos nesse período. Sendo assim, neste tipo de Seguro não há devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

3.52 Renovação Automática

É a modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

3.53 Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

3.54 Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo Seguro.

3.55 Seguradora

É a empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o Prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

3.56 Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

3.57 Seguro

É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante a cobrança de Prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

3.58 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

3.59 Taxa

É o elemento necessário à fixação das tarifas de Prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.

4. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

4.1. A Cobertura Básica oferecida por este Seguro é a Cobertura de Morte por Acidente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos da Cobertura Básica deste Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) 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) 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, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu Capital Segurado;
- e) danos morais;
- f) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos, e ainda as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão;
- g) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- h) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) acidentes decorrentes 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) acidente vascular cerebral;
- k) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- l) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente;
- m) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; o choque anafilático e suas conseqüências.

5.2. Conforme a definição de Acidente Pessoal, alínea “b” do subitem 3.1, estão expressamente excluídos da Cobertura Básica deste Seguro os eventos ocorridos em conseqüência de:

- a) doenças, incluídas as profissionais, 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 causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

5.3. A Seguradora não se eximirá ao pagamento do Capital Segurado, quando a morte do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5.4. Estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou pelo representante, de um ou de outro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

7. CARÊNCIAS

Carência é o período de tempo que o Segurado fica privado de gozar da(s) Cobertura(s) do Seguro. Não há carência para o Seguro de acidentes pessoais, exceto aquela prevista por lei e descrita no subitem 7.4 posterior. Durante o prazo de carência, a Seguradora não responde pela ocorrência do sinistro.

7.1. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponder a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao Seguro.

7.2. Os prazos de carência, quando previstos pelo Seguro, constarão do Contrato e da Proposta Individual de Adesão.

7.3. Não se aplica a devolução ou resgate de Prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

7.4. Para todas as Cláusulas de Cobertura do Seguro de Vida, há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

7.5. Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

7.6. No caso de migração de Apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior em relação à Cobertura e respectivos valores já contratados.

7.7. Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para os Segurados de uma mesma Apólice.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. A celebração ou alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

8.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

8.3. Caberá à Sociedade Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

8.4. A adesão à Apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de Proposta Individual de Adesão, para prévia análise de aceitação da Seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8.4.1. Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da Sociedade Seguradora.

8.5. A proposta de adesão de cada proponente integrará o Contrato, após sua aceitação pela Sociedade Seguradora.

8.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

8.7. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 8.6 anterior.

8.8. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e

aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto no subitem 8.7 anterior, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.6 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.9. Ficarà a critério da Sociedade Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

8.10. A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 8.6 anterior; nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.11. Em caso de recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a Cobertura.

8.11.1. A referida quantia será devolvida diretamente em nome do proponente ou deduzida dos Prêmios a pagar da próxima fatura. E, neste último caso, constará a devolução registrada no demonstrativo de fatura respectivo, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente.

8.12. É obrigatória a emissão da Apólice e envio ao Estipulante, pela Sociedade Seguradora, no início do Seguro. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

8.13. É obrigatória a emissão do Certificado Individual e envio ao Segurado, pela Sociedade Seguradora no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes.



8.14. A emissão da Apólice, do certificado ou dos aditivos será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

8.15. A Sociedade Seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do Capital Segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do Segurado quanto à contratação de outros Seguros de pessoas com Coberturas concomitantes.

8.16. Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos na Cobertura, todavia, ficando excluídos de Cobertura os riscos relacionados na alínea "f" do subitem 5.1.

8.17. No Seguro de Pessoas a Apólice ou Bilhete não podem ser ao portador.

9. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado no Contrato da Apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora e, a seu critério, da Proposta Individual de Adesão.

9.1. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

9.2. Para a contratação do Seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

9.3. Nos Seguros não-contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no Seguro.

9.4. Podem ser aceitos na Cobertura Básica, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará do Contrato da Apólice.

9.4.1. Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

- quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo Segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 9 anterior; ou
- quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.

9.4.2. Conforme subitem anterior, fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes aposentados.

9.4.3. O aposentado somente será mantido no Seguro enquanto seu Prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

9.5. Se o Segurado houver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de Prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

9.5.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 22.1.1 destas Condições Gerais.

9.6. O Seguro coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no grupo Segurado.

9.7. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos, originada em processo de migração de Apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja Cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles que estiverem afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a "migração de Apólices" tem seu conceito definido no glossário.



9.8. Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de Apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará a manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

10. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata Apólice Coletiva de Seguros, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante as Sociedades Seguradoras.

10.1. As Apólices coletivas em que o Estipulante possua, com o grupo Segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do Seguro, serão consideradas Apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos Segurados com a Sociedade Seguradora, devendo sua contratação respeitar a forma específica para o ramo, cujas condições diferem-se daquelas previstas para o Seguro coletivo e não estão amparadas pelo presente Contrato.

10.2. O Seguro de Pessoas pode ser estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 10.3. posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo Segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

10.2.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Sub-Estipulantes.

10.3. Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) Corretoras de Seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) Corretores; e
- c) Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

10.4. A vedação estabelecida no subitem 10.3. anterior não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

10.5. Não é considerada Estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito Proposta Individual de Adesão, 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 conseqüente repasse em favor da Sociedade Seguradora.

10.6. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo Prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado.

10.6.1 É de exclusiva responsabilidade do Estipulante, que for responsável pela arrecadação dos Prêmios para o posterior repasse à Seguradora, cancelar o desconto em folha de pagamento do Prêmio relativo às contribuições do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro.

10.7. Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa no Contrato da Apólice, o Segurado poderá ser mantido no Seguro, nas condições comerciais especiais previstas na Apólice para tal fim, assumindo, a partir dessa data, o custeio integral da Cobertura ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

10.8. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Sociedade Seguradora;
- b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Sociedade Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.





11. OBRIGAÇÕES

11.1. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) fornecer à Sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Sociedade Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, nos termos dos subitens 16.13, 16.14 e 16.15 posteriores, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os Prêmios à Sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Sociedade Seguradora, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou

da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

11.1.2. Nos Seguros contributários, o não-repasse dos Prêmios à Sociedade Seguradora acarretará o cancelamento da Cobertura, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante ou Sub-Estipulante às cominações legais.

11.1.3. Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

11.1.4. Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

11.1.5. Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

11.1.6. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e Prêmios.

11.1.7. Quando a alteração de taxa não implicar ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

11.1.8. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

11.2. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

- a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante, sempre que lhe for solicitada;
- c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo Segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do Seguro.

11.2.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do Certificado Individual e da Proposta Individual de Adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

11.3. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO:

O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

11.3.1. O Segurado está obrigado a comunicar à Sociedade Seguradora, logo que o 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.

11.3.2. A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do Seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé.

11.4. Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea "m" do subitem 11.1, ou subitem 11.3.2 anterior, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar o Seguro.

11.5. O cancelamento mencionado no subitem 11.4. anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída ao Segurado a diferença do Prêmio, se houver, relativo ao período em que a Cobertura não mais vigorará.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

12.1. Prazo de Vigência da Apólice é o período anual compreendido entre a data de início de vigência da Apólice (ou de seu aniversário) e seu vencimento (dia anterior ao do aniversário de vigência). O prazo de vigência contratado será definido no Contrato da Apólice.

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

12.1.2. Nos Seguros sujeitos à averbação, o início e o término da Cobertura dar-se-ão de acordo com as condições específicas de cada modalidade, o que constará expressamente do Contrato da Apólice, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva Apólice.

12.1.3. Nos casos de grupos Segurados com vínculo empregatício, ou seja, empregados de um mesmo empregador, em que a adesão ao Seguro for de 100% do grupo segurável, os novos componentes serão incluídos no Seguro a partir da data de admissão no emprego, desde que estejam em boas condições de saúde e tenham sido aprovados no exame de saúde pré-admissional.

12.1.4. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

12.1.5. Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da Cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta Individual de Adesão e do Contrato da Apólice.



12.1.6. Os Contratos de Seguro cujas propostas 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 pela Sociedade Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da Proposta Individual de Adesão e do Contrato da Apólice.

12.2. RENOVAÇÃO DA APÓLICE:

As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

12.2.1. A renovação que não implicar alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

12.2.2. A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo Segurado.

12.2.3. A renovação automática a que se refere o subitem 12.2.1 anterior não se aplica aos Estipulantes ou à Sociedade Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do Seguro.

12.2.4. O desinteresse em renovação da Apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurados.

12.2.5. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

13. CAPITAL SEGURADO

Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Sociedade Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

13.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros para a Cobertura de acidentes pessoais, a data do acidente.

13.1.1. Para a Garantia Básica de Morte Acidental, considera-se data de ocorrência do Sinistro a data da morte por Acidente do Segurado.

13.2. Nos Seguros coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará do Contrato da Apólice, tais como:

- a) capital de livre escolha definido na tabela a constar da Proposta Individual de Adesão;
- b) múltiplo salarial;
- c) capital único ou fixo;
- d) escalonado por idade;
- e) escalonado por faixa salarial;
- f) escalonado por categoria funcional.

13.3. A aceitação, pela Sociedade Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

13.4. Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do mesmo, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Sociedade Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.



13.5. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

13.6. O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da Apólice) de cada componente representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

13.7. Nos Seguros de pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos no Contrato da Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradores diversos.

13.8. O Capital Segurado, de acordo com o Seguro contratado, será efetuado sob a forma de pagamento único, o que constará expressamente do Contrato.

13.9. No Seguro de pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

13.10. O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na Apólice, salvo em caso de mora da Seguradora.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente Contrato é o **IPC da FGV**.

14.1 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o **IPCA/IBGE** — Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.1.1 Caso o Conselho Monetário Nacional — CMN deixe de considerar o **IPCA/IBGE** como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

14.2. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, no mês de FEVEREIRO, pelo **IPC da FGV** acumulado nos 12 meses que antecedem o mês de JANEIRO.

14.2.1. A primeira atualização dos Capitais Segurados e dos Prêmios observará o **IPC da FGV** acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a subscrição e, a partir de então, será respeitada a periodicidade anual.

14.3. Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias da Seguradora em relação aos Contratos firmados com os seus consumidores, decorrentes das operações derivadas do presente Contrato, serão atualizados pela variação positiva do **IPC da FGV**, na hipótese de não cumprimento do prazo para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade.

14.3.1. Para efeito do disposto no subitem 14.3 anterior, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- I – para a Cobertura de acidente pessoal, a data do acidente;
- II – para as Coberturas de risco nos Seguros de pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto no inciso I;
- III – para os valores devidos a título de devolução de Prêmios, no caso de recusa da proposta pela Sociedade Seguradora, a data de formalização da recusa.

14.4. A atualização de que trata o subitem 14.3 será efetuada com base na variação positiva 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.

15. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora para com o Segurado serão acrescidos somente de juros moratórios, de 1% ao mês para cada mês de atraso e até o mês do efetivo pagamento quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em Contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.





16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devido 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 no documento de cobrança.

16.1. O tipo de custeio de Prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente Apólice, classifica-se em:

- a) Contributário: é o Seguro em que os Segurados pagam o Prêmio, total ou parcialmente;
- b) Não-contributário: é o Seguro em que os Segurados não pagam o Prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
- c) Parcialmente contributário: é o Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributário.

16.2. O Prêmio poderá ser pago de forma anual ou mensal, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

16.3. A data-limite para pagamento do Prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

16.4. Se a data-limite para o pagamento do Prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.5. O Seguro prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do Prêmio.

16.6. O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos Prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o **IPC** da **FGV**.

16.6.1 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o **IPCA/IBGE** — Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

16.6.2 Caso o Conselho Monetário Nacional — CMN deixe de considerar o **IPCA/IBGE** como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado o índice que vier a substituí-lo.

16.7. Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

16.8. A data-limite para pagamento do Prêmio será estabelecida no Contrato da Apólice e no respectivo documento de cobrança.

16.8.1. Se o Prêmio não for pago até a data-limite expressa no respectivo documento de cobrança, o Estipulante ou o Segurado poderá pagar o Prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data-limite até a data do efetivo pagamento, conforme definido nos subitens 16.6 e 16.9, e desde que o atraso no pagamento do Prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

16.9. Os valores relativos ao pagamento de Prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

16.10. Quando o Seguro for contratado com previsão de consignação em folha, na forma do subitem 10.5 anterior, a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos Prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivo(s) Beneficiário(s) no que se refere à Cobertura e demais direitos oferecidos.

16.11. O Prêmio, quando pago, total ou parcialmente pelo Estipulante, deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, Segurado a Segurado.

16.12. A Sociedade Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos Prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Sociedade Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

16.13. Os valores devidos a título de devolução de Prêmios pelas sociedades Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 16.6 anterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

16.13.1. No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o subitem anterior 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 Sociedade Seguradora.

16.13.2. No caso de recebimento indevido de Prêmio pela Sociedade Seguradora, os valores de que trata o subitem 16.11 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do Prêmio.

16.14. A cobrança do Prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Sociedade Seguradora.

16.14.1. A Sociedade Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

16.15. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados deverão constar, explicitamente, o Prêmio do Seguro, a Sociedade Seguradora responsável pelo recebimento dos Prêmios e a informação, em destaque, de que o não-pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro.

16.16. O pagamento de Prêmios de Seguros efetuados por meio de desconto em folha deverá ser registrado em rubrica específica pela Sociedade Seguradora garantidora do risco.

16.17. Se o Segurado dispuser de mais de um Contrato de Seguro com a mesma Sociedade Seguradora, os valores referentes a cada Contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança.

16.18. Quando houver recolhimento, juntamente com o Prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou à Sociedade Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do Prêmio do Seguro.

17. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

A(s) taxa(s) deste Seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes para o Seguro, e de acordo com as taxas indicadas no Contrato da presente Apólice.

17.1. A Seguradora adotará uma taxa média final única.

17.2. No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual de cada Segurado.

17.3. Na fixação de taxa média final única, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

17.4. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Sociedade Seguradora.

17.4.1. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

17.5. O Prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final vezes o limite máximo individual de garantia fixado na Cobertura da Apólice.

17.6. O Estipulante obriga-se a prestar, à Seguradora, todas as informações necessárias ao cálculo das taxas deste Seguro.

18. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

18.1. O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.



II. Na data da reavaliação será apurada também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.

III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.

IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

18.2. Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada, e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do grupo Segurado atual e nos respectivos Capitais Segurados.

18.3. Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

18.4. O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

18.5. A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Apólice, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

18.6. Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no Seguro, serão previamente submetidas à SUSEP.

18.7. Qualquer alteração das taxas de Seguro, por implicar ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

19. REABILITAÇÃO DA APÓLICE

A reabilitação da Apólice é possível se os Prêmios em atraso forem quitados antes de completados 90 (noventa) dias de atraso e se dará sem interrupção de Cobertura, com cobrança retroativa dos Prêmios. A Seguradora responderá por todos os sinistros ocorridos, inclusive os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

O não-pagamento do Prêmio por parte do Segurado ou Estipulante nos prazos fixados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice ou Certificado Individual, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

20.1. As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20.2. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

20.2.1. Nos demais casos, o cancelamento da Apólice somente se dará quando expirar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

20.3. Na hipótese de o Segurado, seus prepostos ou seu(s) Beneficiário(s) agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Sociedade Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

20.4. A Cobertura garantida por este certificado cessará automaticamente:

- a) com o cancelamento da Apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das Apólices e, conseqüentemente, do grupo segurado, exceto no caso de aposentadoria;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice deste Seguro;
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do Prêmio (custo) por período superior a 90 dias, quando o custeio for contributivo.

20.4.1. Não obstante o disposto nas alíneas "b" e "c" do subitem anterior, a Cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último Prêmio pago, se o Prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.



21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do Capital Segurado, o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, o formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiários, de acordo com o item 21.16 destas Condições Gerais.

21.1. O pagamento relativo à Cobertura garantida tem o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

21.1.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.1.2. O não-pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 21.1 e 21.1.1 anteriores implicará a aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, definida no subitem 14.3, nos termos da legislação específica.

21.1.3. Os juros moratórios e sua forma de aplicação, citados no subitem 21.1.2 anterior, estão fixados no item 15.

21.1.4. Os juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em Contrato são de 1% ao mês.

21.2. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

21.3. O pagamento da indenização será realizado sob a forma única, nos termos definidos no Contrato da Apólice.

21.4. Faculta-se às sociedades Seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

21.5. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para fins de verificação de Cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anterior à data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativos a outros meses.

21.6. Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos na legislação.

21.7. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal. Em qualquer hipótese, os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

21.8. O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou Beneficiário(s) deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

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

21.11. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

21.12. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

21.13. A Sociedade Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devida não for efetuado diretamente ao(s) Beneficiário(s), sem a exigência de alvará judicial.

21.14. Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

21.15. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Sociedade Seguradora.





21.16. Documentação obrigatória em caso de ocorrência de sinistro:

Na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou ao(s) Beneficiário(s), tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CPF e reconhecimento de firma deste último;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta Individual de Adesão;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o Segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- Laudo de Exame Cadavérico (cópia autenticada).

21.16.1. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário; entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o formulário de Aviso de Sinistro.

21.17. Documentos que qualificam e habilitam o(s) Beneficiário(s):

a) Quando há designação de Beneficiário(s), o(s) mesmo(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- RG e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);

- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada);
 - Autorização para crédito da Indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ);
 - Cópia da Proposta Individual de Adesão.
- b) Quando não há designação nominal de Beneficiário(s), o(s) mesmo(s) deverá(ão) apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Certidão de Casamento ou Nascimento do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
 - RG e CPF do(s) Beneficiário(s) do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do Segurado, quando não houver designação de Beneficiário(s) estipulada em Contrato;
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada);
 - Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

22. PERDA DE DIREITO

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

22.1. Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

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

I. 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.

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de Prêmio cabível.

22.2. O Segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste Seguro.

23. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta Individual de Adesão ou em formulário apropriado, seu(s) Beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o Capital Segurado em caso de sua morte.

23.1. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o Seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação do(s) Beneficiário(s), é lícita a substituição do(s) Beneficiário(s), por ato entre vivos ou de última vontade.

23.1.1. Se a Seguradora não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

23.2. Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário(s), 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 à ordem da vocação hereditária.

23.2.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem 23.2 anterior, será(ão) Beneficiário(s) o(s) que provar(em) que a morte do Segurado(s) os privou dos meios necessários à subsistência.

23.3. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

23.4. Não se pode instituir Beneficiário a pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

23.5. Inexistindo a indicação de Beneficiário(s) por parte do Segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do Capital Segurado será efetuado conforme Legislação em vigor, apresentada abaixo:

23.5.1 Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao cônjuge.

23.5.2 Segurado(a) casado(a), que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme os artigos 1.845, 1.829 e inciso I, em concordância com o artigo 1.832 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido, no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.
- II. Na hipótese de o cônjuge estar em concorrência com os descendentes, caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.

23.5.3 Segurado(a) casado(a), que não possua descendentes e possua ascendentes: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso II, em concordância com os artigos 1.836 e 1.837 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge.
- II. Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge competirá 1/3 (um terço) do Capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for aquele grau (avós).



23.5.4 Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao companheiro(a).

23.5.5 Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso I, em concordância com o artigo 1.832 do Código Civil, ou seja:

- I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido, no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.
- II. Na hipótese de o cônjuge estar em concorrência com os descendentes, caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se forem ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.

23.5.6 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes: 100% aos descendentes, divididos em partes iguais.

23.5.7 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes: 100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.

23.5.8 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes: 100% aos sucessores colaterais.

23.5.9 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou sucessores colaterais: 100% àqueles que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23.6 Somente é reconhecido o direito sucessório, e conseqüentemente a qualidade de Beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível, sem culpa do cônjuge sobrevivente.

24. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao(s) Segurado(s), ao(s) Beneficiário(s) ou ao(s) Estipulante(s), exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de Seguro em que o Prêmio tenha sido pago antecipadamente.

24.1. O Prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior será atualizado pelo **IPC da FGV**, ou outro índice que venha a substituí-lo.

24.1.1. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o **IPCA/IBGE** — Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

25. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas, a Seguradora não pode sub-rogar-se os direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

26. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso.

26.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 26 anterior.



27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Sociedade Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas a SUSEP.

27.1. Todo o material de propaganda e promoção do Seguro devem conter os seguintes elementos obrigatórios:

- a) A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro deste Seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização ;
- c) 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. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 4 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

Esta condição especial tem por objetivo garantir, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do Capital Segurado de até 100% do limite máximo individual de garantia da Apólice para esta Cobertura, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. DEFINIÇÃO

Conforme subitem 3.1 das Condições Gerais, acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de

toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte do Segurado, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 anterior, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor e a carência prevista no item 5 posterior;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

5. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Cobertura do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.



6. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo(s) Beneficiário(s) ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

6.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o(s) Beneficiário(s) da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, de acordo com o item 21.16 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

7. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O(s) Beneficiário(s), para recebimento do Capital Segurado, deverá(ão) provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

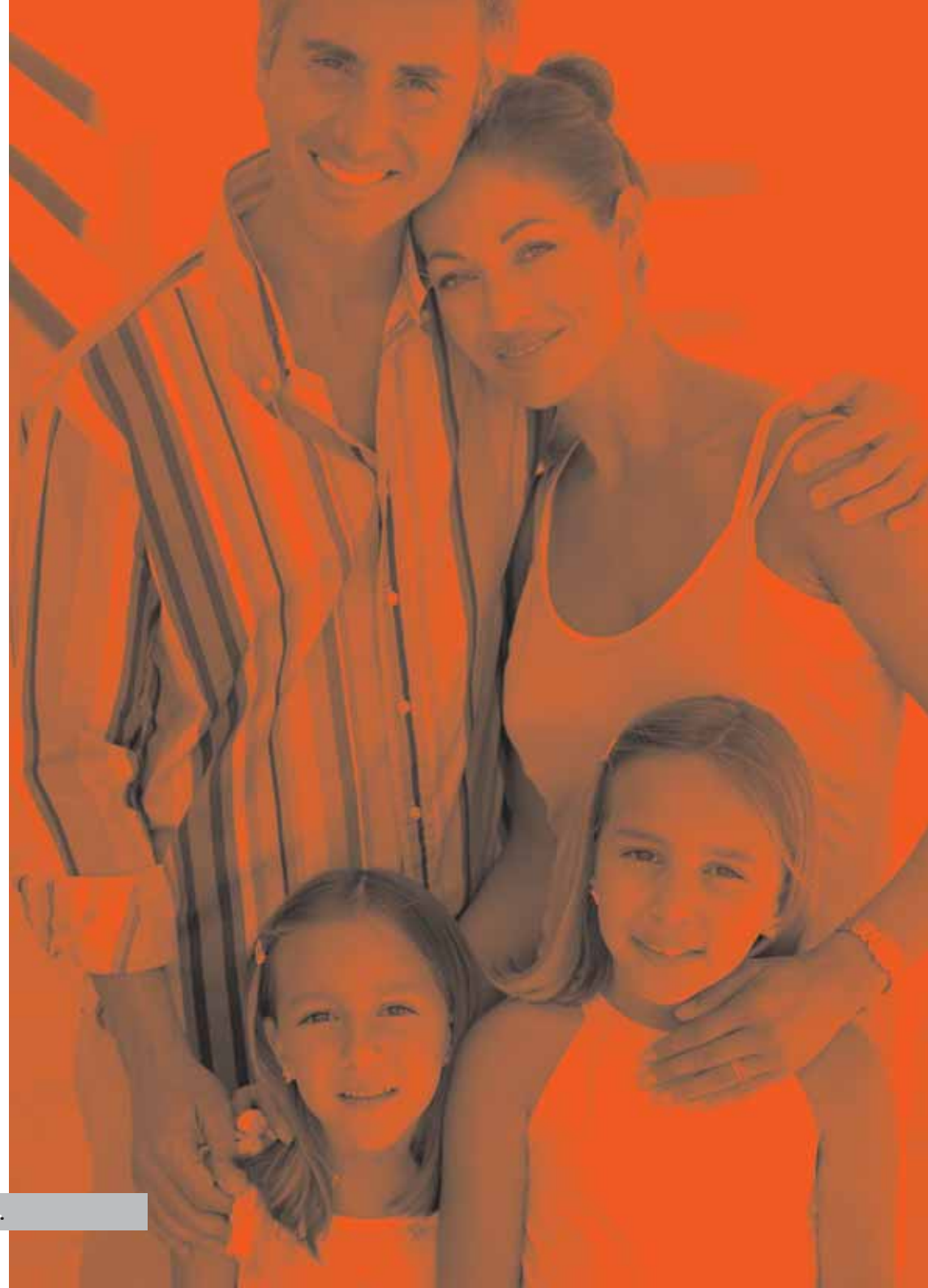
7.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

7.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente.

7.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



VIP MAIS
TAXAS DISCRIMINATIVAS DO VALOR TOTAL MENSAL CONTRATADO



Idade	Pecúlio	Seguro*	Total
14	0,000137	0,000122	0,000259
15	0,000158	0,000122	0,000280
16	0,000179	0,000122	0,000301
17	0,000198	0,000122	0,000320
18	0,000211	0,000122	0,000333
19	0,000221	0,000122	0,000343
20	0,000226	0,000122	0,000348
21	0,000227	0,000122	0,000349
22	0,000225	0,000122	0,000347
23	0,000221	0,000122	0,000343
24	0,000216	0,000122	0,000338
25	0,00021	0,000122	0,000332
26	0,000206	0,000122	0,000328
27	0,000203	0,000122	0,000325
28	0,000202	0,000122	0,000324
29	0,000203	0,000122	0,000325
30	0,000206	0,000122	0,000328
31	0,000211	0,000122	0,000333
32	0,000217	0,000122	0,000339
33	0,000227	0,000122	0,000349
34	0,000238	0,000122	0,000360
35	0,000251	0,000122	0,000373
36	0,000266	0,000122	0,000388
37	0,000285	0,000122	0,000407
38	0,000307	0,000122	0,000429
39	0,000332	0,000122	0,000454
40	0,000359	0,000122	0,000481
41	0,000391	0,000122	0,000513
42	0,000423	0,000122	0,000545
43	0,00046	0,000122	0,000582
44	0,000498	0,000122	0,000620
45	0,000541	0,000122	0,000663
46	0,000585	0,000122	0,000707

Idade	Pecúlio	Seguro*	Total
47	0,000633	0,000122	0,0007552
48	0,000683	0,000122	0,000805
49	0,000739	0,000122	0,000861
50	0,000799	0,000122	0,000921
51	0,000869	0,000122	0,000991
52	0,000948	0,000122	0,001070
53	0,001038	0,000122	0,001160
54	0,00114	0,000122	0,001262
55	0,001249	0,000122	0,001371
56	0,001367	0,000122	0,001489
57	0,001491	0,000122	0,001613
58	0,001623	0,000122	0,001745
59	0,001765	0,000122	0,001887
60	0,001923	0,000122	0,002045
61	0,002098	0,000122	0,002220
62	0,002298	0,000122	0,002420
63	0,002524	0,000122	0,002646
64	0,002775	0,000122	0,002897
65	0,003052	0,000122	0,003174
66	0,003347	0,000122	0,003469
67	0,003663	0,000122	0,003785
68	0,003999	0,000122	0,004121
69	0,004364	0,000122	0,004486
70	0,004774	0,000122	0,004896
71	0,005241	0,000122	0,005363
72	0,005779	0,000122	0,005901
73	0,006398	0,000122	0,006520
74	0,007091	0,000122	0,007213
75	0,007843	0,000122	0,007965
76	0,008643	0,000122	0,008765
77	0,009479	0,000122	0,009601
78	0,010345	0,000122	0,010467
79	0,011264	0,000122	0,011386
80	0,012272	0,000122	0,012394

* não incluído o percentual de IOF

0955.01.00.2008/01/11



CAPEMISA

VIDA E PREVIDÊNCIA

CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Ligue grátis para:

0800 723 3030

de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h30.

www.capemisa.com.br