

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO
PLANO SÊNIOR – APMP**

VERSÃO 3.0

Condições Gerais

**CNPJ 54.484.735/0001-49
Processo SUSEP VG nº 10.005288/99-11**

CONTRATO DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO - APMP

MAPFRE VIDA S.A., com sede na Avenida das Nações Unidas, 11.711, Brooklin, São Paulo – SP, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº. 54.484.753/0001-49, neste ato representada na forma de seu estatuto social, a seguir denominada simplesmente “seguradora”, e, de outro lado, **APMP – Associação Paulista do Ministério Público – Plano Sênior**, com sede na Avenida Rangel Pestana, 203, 12º andar, Centro, São Paulo – SP, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº. 61.278.818/0001-65, neste ato representada na forma de seu contrato social, a seguir denominada simplesmente “estipulante”, têm entre si, justo e acordado, nos termos da legislação vigente, a presente apólice de Seguro de Vida em Grupo sob o nºs. **162.0000068.01 e 162.0000077.01**, contratada com base nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo – Processo SUSEP nº. 10.005288/99-11, bem como mediante as seguintes condições estipuladas:

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos cobertos, observadas as condições contratuais.

2. GRUPO SEGURADO

2.1. Conforme disposto na proposta de contratação, que faz parte integrante destas condições contratuais, participarão deste seguro os proponentes associados ao estipulante, desde que atendam às condições de elegibilidade:

- estar em boas condições de saúde e em pleno exercício de suas atividades normais de trabalho ou aposentados por tempo de trabalho; e
- ter mais de 66 (sessenta e seis) anos e menos de 80 (oitenta) anos de idade na data de início de vigência do seguro.

2.2. Não fará jus às coberturas da apólice nem à restituição dos prêmios de seguro pagos o proponente ou segurado que omitir quaisquer circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou na taxação do prêmio, de acordo com a legislação vigente.

2.3. O segurado preencherá proposta de adesão simplificada e deverá cumprir o prazo de carência estabelecido no item 4 – CARÊNCIA.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. MORTE

3.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.2. DECESSOS

3.2.1. Garante, em caso de falecimento do segurado designado no seguro, a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato.

4. CARÊNCIA

4.1. Face não existir proposta de adesão com declaração pessoal de saúde e atividades, haverá uma carência de 12 (doze) meses para a cobertura de morte para o segurado principal. Caso haja algum sinistro nesse período, o pagamento da inde-

nização será proporcional, conforme tabela no item abaixo.

4.2. Período de Carência - Fica entendido e acordado que haverá período de carência a ser cumprido pelos segurados para os eventos ocorridos em razão de morte natural (segurado principal), com proporcional limitação da indenização, conforme demonstrado a seguir:

MÊS APÓS O INÍCIO DA COBERTURA	PERCENTUAL DE CAPITAL SEGURADO A SER PAGO EM CASO DE MORTE NATURAL
Do 1º mês ao 3º	0%
Do 4º ao 6º mês	25%
Do 7º ao 9º mês	50%
Do 10º ao 12º mês	75%
13º em diante	100%

4.3. Para Morte em consequência de causas acidentais, não será aplicada qualquer prazo de carência, à exceção da carência de (02) dois anos, determinada pelo artigo 798 do Código Civil para a hipótese de suicídio ou sua tentativa.

5. RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO

5.1. Ratificam-se os riscos excluídos das coberturas deste seguro constantes nas condições contratuais da apólice.

6. VIGÊNCIA DA APÓLICE

6.1. A apólice coletiva terá vigência de acordo com o especificado em contrato, podendo ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período.

6.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

6.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de um número de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

6.4. INÍCIO DO RISCO INDIVIDUAL

6.4.1. A cobertura do risco individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês da assinatura da proposta de adesão mediante pagamento mensal do prêmio, desde que tenha sido aceita pela seguradora.

7. CAPITAIS SEGURADOS

7.1. DETERMINAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1.1. O segurado determinará, no ato da contratação do seguro, o valor do capital segurado da cobertura de morte, respeitando os limites estabelecidos pela seguradora.

Nota: Caso o segurado possua cobertura em outro Plano Sênior nesta seguradora, o somatório dos capitais não poderá ultrapassar R\$ 300.000,00 (trezentos mil reais).

7.2. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.2.1. O capital segurado poderá ser alterado a qualquer momento mediante solicitação por escrito do estipulante/segurado e aceitação expressa da seguradora. A solicitação deverá ter o prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da vigência da alteração pleiteada.

7.2.2. Para aumento de capital segurado individual, será obrigatório o preenchimento de nova proposta de adesão simplificada e o segurado deverá cumprir novo período de carência, somente para o valor do aumento do capital.

A aceitação do aumento estará condicionada à análise da seguradora e será a seu critério.

8. PAGAMENTO DO PRÊMIO

8.1. O custeio do seguro será contributivo, com o segurado pagando 100% (cem por cento) do prêmio.

8.2. VALOR DO PRÊMIO: O prêmio devido pelo segurado será o resultado do produto do capital segurado contratado e da taxa mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme a periodicidade dos pagamentos, determinada em função da idade do segurado e do valor do capital segurado.

8.3. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, o qual deverá ser realizado até a data estabelecida nas condições gerais e/ou na proposta de adesão. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

8.4. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária e o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

8.5. Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados anualmente junto ao estipulante por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro.

9. REENQUADRAMENTO DE TAXA/PRÊMIO

9.1. Anualmente haverá reenquadramento de taxa/prêmio de 10,0% (dez por cento) de acréscimo ao ano, no aniversário do certificado individual do seguro.

9.2. Para os segurados que atingirem a idade superior a 80 (oitenta) anos, os custos serão reenquadrados com 10,0% (dez por cento) de acréscimo ao ano.

10. REVISÃO ANUAL

10.1. Fica entendido e acordado que a seguradora efetuará avaliações de resultados de forma anual, ou seja, a cada 12 (doze) meses, e, caso seja constatado desequilíbrio atuarial de acordo com a massa segurada, a mesma, juntamente com o corretor e estipulante, definirá uma nova condição, a fim de encontrar o equilíbrio atuarial da apólice.

11. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

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

12. REGULAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Será conforme o disposto nas condições contratuais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

13. DISPOSIÇÕES FINAIS

13.1. Aplicam-se a este contrato as cláusulas contidas nas condições contratuais da apólice conforme o Processo SUSEP VG nº. 10.005288/99-11.

13.2. Serão aplicadas a este contrato todas as demais disposições contidas nas condições contratuais e gerais do seguro.

14. FORO

14.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para dirimir as ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes do presente contrato.

MAPFRE VIDA S.A.

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos nele previstos, os quais foram contratados pelo estipulante, e estão indicados na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado individual, e desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.2. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.3. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.4. Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.5. Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

2.6. Cobertura: compromisso da seguradora de pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

2.7. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

2.9. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.

2.10. Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) bene-

ficiário(s).

2.11. Doença ou Deficiência Preexistente: toda debilidade congênita adquirida ou decorrente de acidente que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existente anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

2.12. Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante averbador, quando não participar do custeio.

2.13. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto passível de ser indenizado.

2.14. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice em determinado período.

2.15. Franquia: período contínuo contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

2.16. Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.17. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

2.18. Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.19. Indenização: pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).

2.20. Início de Vigência: a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.

2.21. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

2.22. Moradia Habitual: lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém sua residência habitual no Brasil.

2.23. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.24. Período de Vigência: período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.

2.25. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s) e destinados ao custeio do seguro.

2.26. Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.

2.27. Proponente: o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou, no caso de contratação coletiva, aderir ao contrato.

2.28. Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

2.29. Riscos Excluídos: os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

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

2.31. Seguradora: a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A., companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.

2.32. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.

2.33. Seguro Não Contributário: aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.

2.34. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.35. Traslado: transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

3.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

3.1.2. DECESSOS

3.1.2.1. Garante, em caso de falecimento do segurado designado no seguro, a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato.

3.1.2.2. Em caso de falecimento do cônjuge ou filhos do segurado designados nos seguros contratados com participação dos mesmos, a prestação dos serviços funerários será extensiva também a eles.

3.1.2.3. Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);

- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos (essa);
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite e uma coroa.

3.1.2.4. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

3.1.2.4.1. Garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura básica ao beneficiário responsável pela aquisição designado pelo segurado na proposta de adesão, caso o segurado venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais.

3.1.2.4.2. No plano familiar, além de ser concedida ao segurado, esta cobertura é concedida ao cônjuge e filhos. No caso de falecimento do cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura básica ao próprio segurado.

3.1.2.4.3. Esta indenização será paga de uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

3.1.2.5. Alcance da Cobertura

3.1.2.5.1. O objetivo da cobertura básica deste seguro é a prestação do serviço do sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

3.1.2.5.2. Não obstante o acima mencionado, os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação desse serviço pela seguradora, recebendo, neste caso, a indenização correspondente ao capital segurado.

3.1.2.5.3. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura.

3.1.2.6. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

3.1.2.6.1. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.

Parágrafo Único: Em caso de **morte violenta**, entendendo-se por “morte violenta” aquela que não é motivada por doença, mas por desastre, suicídio ou homicídio, a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.

3.1.2.7. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

3.1.2.7.1. A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, **limitados ao capital segurado**.

3.1.2.7.2. Se, excepcionalmente, o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital individual contratado.

3.1.2.7.3. A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo segurado, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital segurado contratado.

3.1.2.8. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

3.1.2.8.1. Esta cobertura abrange o segurado devidamente incluído no seguro por meio da proposta de adesão.

3.1.2.9. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

3.1.2.9.1. A família poderá acionar a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

a) em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:

- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- retornará ao local de origem, entregando a documentação à família e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

b) em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município (Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.);
- irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências

tomadas.

c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:

- tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
- o traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

3.1.2.10. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

3.1.2.10.1. Para utilizar o Decessos, o segurado ou seus familiares contarão com a Assistência 24 Horas, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) que lhe(s) foi(foram) encaminhado(s).

3.1.3. As coberturas de morte e decessos poderão ser contratadas em conjunto ou separadamente.

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

3.3. COBERTURAS SUPLEMENTARES

3.3.1. Este seguro pode contemplar coberturas suplementares, que terão condições especiais e serão mencionadas no certificado individual, se contratadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estarão excluídos da Cobertura de Morte e Decessos do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se forem resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;

- e) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;
- f) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) doenças, acidentes e lesões provocadas em estado de desequilíbrio mental pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;
- h) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- i) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a estas;
- j) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;
- k) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estará também excluída da Cobertura de Decessos a consequência direta ou indireta da cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido pela autoridade pública competente como atentatório à ordem pública.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. COBERTURA DE MORTE

5.1.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2. COBERTURA DE DECESSOS

5.2.1. A cobertura deste seguro abrange a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual no Brasil.

5.2.1.1. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão do(s) segurado(s) na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde, podendo ser compulsória ou facultativa.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para o suicídio, poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias, contados da data de início de vigência do respectivo risco individual, exceto para os casos de acidente.

7.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

8. FRANQUIA

8.1. Poderá ser aplicada uma franquia de no mínimo 15 (quinze) dias a contar da data da ocorrência do evento coberto.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

9.2.1. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

9.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa.

9.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

9.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito, por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não-aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

9.5. Um certificado individual será enviado a cada segurado aceito no seguro.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

10.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

11.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

11.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

11.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de um número de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua posição aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

11.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado um novo certificado individual ao(s) segurado(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme as condições contratuais acordadas entre as partes.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer momento mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se forem aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado em virtude da hipótese de suicídio.

13.2. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que, por disposição legal, venha a substituí-lo.

13.3. O estipulante fica ciente de que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e em plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

14.2. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

14.3. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

14.4. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionada, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.

15.1.1. A data-limite para o pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

15.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia subsequente em que houver expediente bancário.

15.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

15.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.

15.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 19 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, e 20 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.

15.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

15.4.2. O estipulante fica terminantemente proibido de recolher do(s) segurado(s), a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, o estipulante ficará obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

15.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

15.6. Os prêmios sofrerão alteração anualmente de acordo com a mudança etária do segurado, conforme previsto em legislação vigente, caso isto tenha sido previsto no contrato.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme a legislação vigente.

17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

17.1. Poderá ser adotado o reenquadramento por faixa etária, de acordo com a condição do contrato.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

19.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela, a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

19.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/ parcela.

19.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 19 – SUSPENSÃO

E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

20.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

20.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

20.4. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. COBERTURA DE MORTE

21.1.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

21.1.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

21.1.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

21.1.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

21.1.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

21.1.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);
- cópia do RG/RNE e CPF do segurado;
- cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).

21.2. COBERTURA DE DECESSOS

21.2.1. Em caso de reembolso, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio de carta à seguradora.

21.2.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE e CPF do segurado (cópias autenticadas);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas); e
- notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais).

No caso do falecimento do cônjuge ou do(a) companheiro(a), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou uma declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

No caso de falecimento do(s) filho(s), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

21.2.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).

21.2.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro

de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

21.2.4. O valor a ser reembolsado ao(s) beneficiário(s) será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

- **21.2.5.** Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral do segurado.

21.3. As indenizações serão pagas sob forma de pagamento único.

21.4. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

21.5. Será facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo a seguradora, inclusive, solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e será reiniciada apenas na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

21.6. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

21.7. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- inexactidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.

22.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder(em) o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

22.2.1. Entende-se como “alteração do risco” ocorrências como a mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

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

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

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

23.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado.

A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

23.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

23.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

23.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

23.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.

23.6. Caso não seja(m) indicado(s) o(s) beneficiário(s) na proposta de adesão, o capital segurado será pago conforme os princípios estabelecidos no Código Civil vigente.

23.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;
- b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
- 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, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) pagar no banco credenciado o valor total dos prêmios, se couber;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) comunicar à seguradora, tão logo dela tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação 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 especificado; e
- l) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

26.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para a complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar um novo prazo para a regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado o não-pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber; e
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

27.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

27.2. Qualquer modificação da apólice em vigor não prevista nestas condições gerais e que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados dependerá da anuência expressa de um número de segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

27.3. Neste seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

27.4. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

27.5. 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.

27.6. Este seguro será 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.

27.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

27.8. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para dirimir as ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

MAPFRE VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

MANUAL DE ASSISTÊNCIA A PESSOAS

Prezado Cliente,

A **MAPFRE Seguros** leva até você e sua família muita segurança e assistência total, além de as suas bagagens e objetos pessoais estarem seguros em qualquer lugar do mundo.

E mais: serviços de assistência hidráulica, chaveiro, faxineira e recolocação profissional do segurado estarão sempre à sua disposição.

Leia este Manual com atenção e qualquer dúvida, entre em contato com a Central de Atendimento para Assistência 24 horas e Decessos pelo telefone: 0800 775 1209 (Brasil) e (55) 11 4002 1209 (exterior).

A utilização dos Serviços de Assistência se dará exclusivamente durante a vigência do seguro, desde que o segurado esteja com seus pagamentos em dia.

Regulamento de prestação de serviços de assistência a pessoas, veículos, residência, suas bagagens, objetos pessoais e auxílio de recolocação profissional garantidos pela Brasil Assistência, doravante denominada simplesmente “prestadora”, conforme descritos nos itens seguintes.

OBJETO: Terá direito à prestação de serviços de assistência o segurado da MAPFRE Seguros, conforme definições abaixo:

1. DEFINIÇÕES

Para fins desta garantia:

- a) entende-se por “Segurado”, no caso de pessoa física, o contratante do seguro e/ou, quando o contratante for em nome de pessoa jurídica, todos os seus funcionários e/ou associados que tenham aderido ao mesmo, desde que possuam residência habitual no Brasil;
- b) entende-se por “Pessoa Segurada”, além do(a) contratante do seguro, para as Garantias de Assistência, o cônjuge, ascendentes e descendentes em 1º (primeiro) grau do segurado, sempre que convivam com ele e sejam seus dependentes, conforme legislação do Imposto de Renda, mesmo que viajem separadamente e por qualquer meio de transporte;
- c) a utilização dos serviços de assistência se dará exclusivamente durante a vigência do seguro, e desde que o segurado esteja com seus pagamentos em dia.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA

2.1. Assistência a Pessoas, Bagagens e Objetos Pessoais

No que se refere às pessoas, suas bagagens e objetos pessoais, o âmbito territorial da assistência se estenderá aos fatos geradores ocorridos em qualquer parte do mundo, desde que a estadia da pessoa segurada fora da sua residência habitual não seja superior a 60 (sessenta) dias.

AS GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E DE PROLONGAMENTO DE ESTADA DO SEGURADO POR LESÃO OU MAL SÚBITO SERÃO VÁLIDAS SOMENTE NO EXTERIOR.

3. GARANTIA DE ASSISTÊNCIA A VEÍCULOS

A assistência a veículos em nome do segurado será prestada em todo o território nacional e ainda nos territórios das repúblicas da Argentina, Uruguai, Paraguai e Chile, não havendo qualquer franquias quilométrica para os serviços de reboque, e será limitada a R\$ 200,00 (duzentos reais) por evento*. Entende-se por “veículo do segurado” o que conste em nome do segurado ou em nome de seus dependentes, conforme artigo 1, letra b, e desde que seja designado exclusivamente como “veículo de passeio”.

Reparo no local – em caso de pane em que seja tecnicamente possível o reparo no local do evento, a prestadora o providenciará e arcará com os gastos de mão-de-obra no local, respeitando o limite acima mencionado, cabendo à pessoa segurada arcar com as despesas das peças a serem trocadas.

* **Evento coberto apenas em caso de pane do veículo.**

NOTA: A assistência ao veículo em caso de reboque ou transporte do mesmo até a oficina mais próxima ao local do evento, à escolha do beneficiário, só será prestada quando o reparo não puder ser executado no local da mobilização do veículo. Estará limitada a 3 (três) intervenções por ano, e o veículo não poderá ter mais que 10 (dez) anos de fabricação.

4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA À RESIDÊNCIA DO SEGURADO

A assistência à residência do segurado em caso de emergência abrange as modalidades indicadas a seguir:

A) Hidráulica

A prestadora garantirá o envio de profissionais cadastrados pela empresa para reparar o vazamento interno que cause ou possa causar alagamento.

Estão incluídas neste serviço as despesas de envio, custo com materiais e mão-de-obra dos profissionais até o limite de R\$ 100,00 (cem reais) por intervenção, limitado a 1 (uma) intervenção por ano, desde que o segurado esteja com o pagamento de seu seguro em dia.

Não estarão garantidos os custos de reparo definitivo, serviços de alvenaria ou qualquer serviço de desobstrução.

NOTA: Estão excluídos desta cobertura o reparo de torneiras, reservatórios subterrâneos, aquecedores, caixas d'água, bombas hidráulicas, assim como o desentupimento de banheiros, sifões de reparação de goteiras por má impermeabilização ou proteção das paredes externas do imóvel.

B) Envio de Chaveiro

1. Quando ocorrer a perda ou roubo de chaves e não for possível entrar na residência do segurado (pelo acesso principal), não havendo alternativa viável para fazê-lo, a prestadora garantirá o envio de um chaveiro para tentar abrir a porta e confeccionar uma cópia da chave.

O limite para esta garantia será de R\$ 80,00 (oitenta reais) por intervenção, limitado a 2 (duas) intervenções por ano.

2. No caso de roubo ou furto da residência do Segurado com arrombamento de janelas ou portas de entrada e acesso com danificação das fechaduras, a prestadora garantirá os serviços de emergência de reparo ou substituição dessas fechaduras, **sendo expressamente excluídos os demais danos.**

O limite para essa garantia será de R\$ 200,00 (duzentos reais) por intervenção, limitado a 1 (uma) intervenção por ano.

C) Serviço de Faxineira

Em caso de hospitalização do segurado ou do seu cônjuge, prescrita por médico e decorrente de acidente pessoal, sempre que o período de hospitalização for superior a 7 (sete) dias, a prestadora garantirá os gastos com uma faxineira por um período máximo de 10 (dez) dias, limitado a R\$ 50,00 (cinquenta reais) por dia, mediante a comprovação via fac-símile do relatório médico à prestadora.

Entende-se por “acidente pessoal” o acontecimento imprevisto, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de qualquer causa, tenha como consequência direta a necessidade de internação hospitalar.

Este serviço será oferecido exclusivamente durante o período de hospitalização e dentro das exigências descritas acima

5. GARANTIA DE ASSISTÊNCIA AO SEGURADO

A) Auxílio Recolocação Profissional Virtual

Este serviço será oferecido nos casos de **demissão sem justa causa ou término do contrato de prestação de serviços** com a devida comprovação documentada:

- cópia da Carteira de Trabalho com o mínimo de 6 (seis) meses no último emprego;
- cópia do Contrato de Prestação de Serviços juntamente com a Rescisão Contratual, ou declaração da empresa contratante informando a rescisão do usuário, e cópia das guias de recolhimento do INSS referentes ao período do contrato.

O segurado titular deverá preencher seu currículo em tela (internet) específica no site e, com isso, poderá acessar por um período de 03 (três meses) a consultoria especializada de Recursos Humanos, com acesso a vagas de emprego em todo o território nacional por um período de 03 (três) meses.

NOTA: A prestadora é responsável pela disponibilização de uma senha de acesso ao site para o usuário no momento de seu primeiro acesso, sendo de responsabilidade do mesmo o preenchimento de seus dados curriculares e carta de redação própria (no site) para poder usufruir dos serviços oferecidos.

Os seguintes serviços também estão incluídos neste item:

- aviso via e-mail diário de novas vagas correspondentes ao perfil do segurado titular;

- serviço por click e envio de currículo para vagas selecionadas pelo segurado titular;
- consultor virtual para esclarecimentos e orientação ao segurado titular.

Os serviços supracitados estarão disponíveis por um período de 03 (três) meses.

O segurado titular será responsável por indicar um endereço eletrônico (e-mail) para receber os serviços supracitados.

NOTA 1 – Segurado titular sem e-mail com acesso à Internet: será de responsabilidade do segurado titular a criação de um endereço de e-mail para utilização desse serviço por meio de provedores de Internet gratuitos ou não (escolha do segurado titular), sendo também de responsabilidade do segurado titular a comunicação de seu e-mail à prestadora para a realização dos serviços supracitados.

NOTA 2 – Este serviço estará disponível apenas para o segurado titular da apólice, ou seja, a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro, desde que tenha residência habitual no Brasil.

3. Não serão consideradas, para efeito desta cláusula:

- a) as demissões decorrentes de programas de incentivo à demissão, ou seja, aquelas incentivadas pelo empregador por aposentadoria, pensão, retiro/ausência ou qualquer outro tipo de demissão voluntária;
- b) abandono de emprego;
- c) demissão do segurado com data anterior à data de início de vigência da apólice;
- d) demissão por justa causa.

NOTA: A prestadora não garante a recolocação do segurado; apenas colocará à disposição os serviços descritos nesta cláusula.

B) Ambulância

A prestadora garantirá o custo referente à remoção do segurado, a partir de 100

(cem) quilômetros da sua residência habitual, até o hospital mais próximo em consequência de acidente pessoal, limitado a R\$ 300,00 (trezentos reais).

Entende-se por “acidente pessoal” o acontecimento imprevisto, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de qualquer causa, tenha como consequência direta a necessidade de remoção do segurado até o hospital mais próximo.

NOTA: O serviço de remoção terá início somente após as medidas de primeiros socorros terem sido tomadas e, se for o caso, com autorização legal formalizada, comprovando falta de estrutura na unidade hospitalar onde o segurado se encontrar.

Se não houver ambulância disponível para transporte ou falta de infra-estrutura no local do evento do sinistro, a prestadora garantirá os custos decorrentes do transporte providenciado pelo segurado por meio de reembolso mediante apresentação da nota fiscal original do serviço, limitado a R\$ 300,00 (trezentos reais).

Após a alta hospitalar, se o segurado não puder retornar ao domicílio pelos seus próprios meios, a prestadora garantirá o transporte até a residência do segurado.

NOTA: Esta garantia não abrange os serviços de assistência prestados pelo médico que estiver acompanhando a ambulância.

C) Transporte ou Repatriamento no Caso de Lesões ou Doença no Brasil e no Exterior

Quando o centro hospitalar no qual se encontrar a pessoa segurada não dispuser de recursos adequados para o tratamento do quadro clínico apresentado, a prestadora garantirá o pagamento das despesas de transporte da pessoa segurada em ambulância, ou no meio recomendado pelo médico responsável, até o centro hospitalar mais adequado ou até a residência habitual da mesma. A equipe médica da prestadora manterá os contatos necessários com o centro hospitalar ou com o médico que atendeu a pessoa segurada para acompanhar a assistência prestada, bem como definirá com o médico responsável a real necessidade do transporte e o meio a ser utilizado, desde que o segurado esteja a 100 (cem) quilômetros de sua residência habitual.

D) Transporte ou Repatriamento das Pessoas Seguradas Acompanhantes no Brasil e no Exterior

Quando a lesão ou doença de uma das pessoas seguradas não permitir a continuação da viagem ou o regresso ao domicílio pelo meio inicialmente previsto, a prestadora garantirá o pagamento das despesas de transporte em linha regular dos acompanhantes até a residência habitual do segurado ou até o local onde a pessoa segurada se encontrar hospitalizada.

Se alguma das pessoas seguradas tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a prestadora garantirá o atendimento adequado durante a viagem até sua residência habitual ou ao lugar da hospitalização, desde que o segurado esteja a 100 (cem) quilômetros de sua residência habitual.

E) Transporte e Estada de um Familiar da Pessoa Segurada

Quando o período de hospitalização da pessoa segurada for superior a 5 (cinco) dias e esta estiver desacompanhada, a prestadora garantirá a um familiar o pagamento das seguintes despesas, desde que o segurado esteja a 100 (cem) quilômetros de sua residência habitual:

a) em território brasileiro:

- o custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização;
- os gastos de estada nesse local, a partir do 5º (quinto) dia, com limite diário equivalente a R\$ 100,00 (cem reais), até um limite equivalente a R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por toda a estada;

b) no exterior:

- o custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização;
- os gastos de estada a partir do 10º (décimo) dia, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia, até o máximo de R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais), por toda a estada (ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial do dia).

F) Transporte da Pessoa Segurada por Interrupção da Viagem devido ao Falecimento de um Familiar

A prestadora garantirá o pagamento das despesas de transporte em linha regular da pessoa segurada, quando a viagem for interrompida por falecimento, no Brasil, do seu cônjuge ou de parentes até segundo grau. O transporte se dará até o local da inumação, desde que a locomoção não seja possível pelo meio de transporte inicialmente utilizado na viagem pela pessoa segurada, ou, ainda, quando esse meio não possibilitar sua locomoção no tempo necessário. O serviço só será disponível

se a pessoa segurada estiver a 100 (cem) quilômetros de sua residência habitual.

G) Transporte Urgente da Pessoa Segurada por Ocorrência de Sinistro no seu Domicílio

Se, durante uma viagem do segurado, limitada a um raio mínimo de 100 (cem) quilômetros de distância da sua residência, desde que esta esteja desabitada e que, devido à ocorrência do evento de roubo ou furto com violação de portas e janelas, incêndio ou explosão, ela se torne inabitável ou com grave risco de que sofra maiores danos, justificando, assim, sua presença e necessidade no local e locomoção urgente para a mesma.

Neste caso, a prestadora colocará à disposição do segurado passagem aérea ou rodoviária, por linha comercial, para que possa retornar à residência sinistrada.

H) Assistência Médica à Pessoa Segurada por Lesão ou Doença no Exterior

Nos casos de lesão ou mal súbito da pessoa segurada no exterior, a prestadora garantirá, por pessoa segurada, o pagamento das despesas odontológicas, de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico até o limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial de compra do dia.

I) Adiantamento para Garantias de Gastos Médicos no Exterior

Caso os gastos de hospitalização, internações de emergência, honorários médicos, odontológicos e produtos farmacêuticos excedam a garantia prevista no item H, a assistência, a título de adiantamento, providenciará o pagamento, junto ao prestador de serviço que estiver atendendo a pessoa segurada, de um valor de até R\$ 2.000,00 (dois mil reais), ou o equivalente na moeda do local onde estiver a pessoa segurada, convertido pelo câmbio comercial do dia. Esse adiantamento será feito mediante a entrega na prestadora de cheque-caução de valor equivalente em reais por um representante da pessoa segurada e expressa autorização e reconhecimento do adiantamento por esse representante e pela pessoa segurada.

A pessoa segurada deverá reembolsar a prestadora desse valor em reais.

O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data do adiantamento. O não-pagamento desse adiantamento no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros monetários de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do adiantamento em atraso.

J) Adiantamento de Fundos no Estrangeiro por Perda ou Roubo de Documentos

Em caso de roubo ou extravio de documentos, desde que devidamente comprovado por meio de denúncia às autoridades competentes, a prestadora assessorará a pessoa segurada no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários ao prosseguimento da viagem, a título de adiantamento, enviando ao segurado o valor equivalente, até R\$ 2.000,00 (dois mil reais), convertido pelo câmbio comercial do dia, desde que seja entregue à prestadora por um representante do segurado um cheque-caução no mesmo valor e seja expressa a autorização e o reconhecimento desse adiantamento por parte desse representante e da pessoa segurada.

A pessoa segurada deverá reembolsar a prestadora desse valor em reais.

O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data do adiantamento. O não-pagamento desse adiantamento no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros monetários de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do adiantamento em atraso.

K) Prolongamento de Estada da Pessoa Segurada no Exterior por Lesão ou Doença

A prestadora garantirá o pagamento das despesas de hotel da pessoa segurada quando, por lesão ou mal súbito, houver prévia recomendação do médico responsável para o prolongamento da estada no exterior para tratamento, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia, até o máximo de R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais) por toda a estada, ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial do dia.

L) Transporte e Repatriamento da Pessoa Segurada Falecida e dos Acompanhantes do Segurado no Exterior

No caso de falecimento de uma das Pessoas Seguradas, a prestadora tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de uma funerária para esse transporte.

A prestadora garantirá, também, as despesas de transporte ou repatriamento dos acompanhantes do segurado até sua residência ou até o local da inumação, sempre que não for possível a utilização do meio de transporte inicial da viagem, ou, ainda, quando esse meio não possibilitar sua locomoção no tempo necessário.

Se alguma das Pessoas Seguradas que obedeçam ao artigo 1, letra b, tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a prestadora garantirá o atendimento adequado durante a viagem.

M) Transmissão de Mensagens Urgentes

A prestadora garantirá a transmissão de mensagens urgentes das Pessoas Seguradas, desde que se refiram a qualquer dos eventos referentes às modalidades de prestação previstas neste contrato.

N) Informações em Caso de Perda ou Roubo de Documentos no Exterior

No caso de perda ou roubo de documentos, a prestadora assessorará a pessoa segurada no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários para o prosseguimento da viagem.

O) Informações Prévias para Viagem

No caso de viagem ao exterior, a prestadora facilitará à pessoa segurada as seguintes informações: necessidade de vistos, documentos necessários, exigências de vacinas, idioma e telefones de embaixadas brasileiras no exterior.

P) Adiantamento para Assistência Jurídica no Exterior

No caso de acidente ou demanda, a prestadora assessorará o segurado na indicação de um advogado de seu cadastro, bem como enviará, a título de adiantamento, o valor de até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, caso haja condenação de fiança judicial. Na hipótese de procedimento judicial, a prestadora fará o adiantamento da quantia de até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial do dia, para o pagamento de despesas judiciais e honorários advocatícios. Esse adiantamento será feito mediante a entrega à prestadora de cheque-caução no mesmo valor por um representante do segurado, e expressa autorização e reconhecimento do adiantamento por parte desse representante e da pessoa segurada.

A pessoa segurada deverá reembolsar a prestadora desse adiantamento em reais.

O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data do adiantamento. O não-pagamento desse adiantamento no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros monetários de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do adiantamento em atraso.

Q) Serviço de Motorista Profissional

Caso a pessoa segurada esteja impossibilitada de conduzir seu veículo por motivo de doença, acidente pessoal ou falecimento e nenhum dos acompanhantes possa substituí-la com a devida habilitação, a prestadora arcará com os gastos de contratação de um motorista profissional para transportar o veículo do segurado com seus ocupantes até o domicílio habitual do segurado ou diretamente até o ponto de destino da viagem, sempre que em território nacional.

NOTA: A responsabilidade da prestadora sobre todas as despesas a que se referem todos os itens de transporte das alíneas anteriores está limitada ao custo da tarifa econômica em transporte regular de passageiro.

R) Garantias Relativas às Bagagens e Objetos Pessoais

As garantias relativas às bagagens e objetos pessoais extraviados pertencentes à pessoa segurada são as relacionadas neste artigo e serão prestadas de acordo com as seguintes condições:

a) Auxílio na Localização de Bagagem e Objetos Pessoais

A prestadora assessorará a pessoa segurada na reclamação de roubo ou extravio de bagagem e objetos pessoais e ainda ajudará na gestão de sua localização, desde que os mesmos sejam extraviados em transporte aéreo regular.

b) Extravio de Bagagem

Em caso de extravio de bagagem do segurado em vôo regular, este deverá comunicar imediatamente o fato à companhia aérea e obter uma prova por escrito dessa notificação. Após essa medida, o segurado deverá entrar em contato com a prestadora e informar o fato.

Caso essa bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da notificação à prestadora, esta adiantará ao segurado a quantia de R\$ 300,00 (trezentos reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial do dia.

Se a bagagem for recuperada posteriormente, o segurado deverá reembolsar à prestadora esse valor, em reais.

O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data de recuperação da bagagem.

6. EXCLUSÕES

1) Além das exclusões já particularizadas neste contrato, não serão concedidas as seguintes prestações:

a) serviços solicitados diretamente pela pessoa segurada sem o prévio consentimento da prestadora, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada;

b) despesas correspondentes a assistências médicas, farmacêuticas, hospitalares e odontológicas feitas pela pessoa segurada no Brasil sem autorização da prestadora;

c) tratamento de doenças ou lesões que se produzam como consequência de doença crônica ou diagnosticada anteriormente ao início da viagem;

d) assistência a toda e qualquer consequência de morte ou lesões causadas direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas da pessoa segurada;

e) assistência derivada da morte por suicídio, ou lesões e consequências decorrentes de tentativas da mesma;

f) assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos,

narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica;

g) despesas com aquisição de próteses e óculos, bem como despesas de assistência por gravidez ou parto;

h) despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia;

i) assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte da pessoa segurada, bem como a participação do veículo do segurado em competições, apostas ou provas de velocidade;

j) assistência à pessoa segurada quando em trânsito por estradas ou caminhos de difícil acesso aos veículos comuns, impedidos ou não abertos ao tráfego, de areias fofas ou movediças;

k) despesas extras da estada como refeições, bebidas e todas aquelas que não estejam incluídas no custo da diária do hotel.

2) Excluem-se, ainda, das prestações e garantias da prestadora, aquelas derivadas dos seguintes fatos:

a) atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações da ordem pública;

b) atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;

c) os eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade e aqueles decorrentes de fenômenos da natureza de caráter extraordinário, tais como inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestades ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

3) Ficam excluídas das prestações previstas neste contrato as ações ou omissões praticadas pela pessoa segurada por má-fé.

7. COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato objeto das prestações dos serviços de assistência, a pessoa segurada solicitará a assistência correspondente por telefone, informando seu nome, CPF, número da apólice, o local onde se encontra e o serviço de que necessita.

Por meio dessa chamada telefônica, a pessoa segurada autorizará expressamente a prestadora para que sejam anotadas e registradas eletronicamente as informações, e para que os serviços previstos neste manual possam ser oferecidos.

8. INACUMULABILIDADE

Os pagamentos decorrentes das prestações dos serviços de assistência terão caráter indenizatório e serão complementares aos que forem feitos à pessoa segurada por terceiros responsáveis (causadores do dano) ou por seguros de qualquer natureza, vedada a percepção em duplicidade ou cumulativa de indenizações ou benefícios neste contrato.

Havendo pluralidade de garantias de diferentes origens que amparem a pessoa segurada ou o veículo segurado de forma idêntica à prestada pela prestadora, as prestações devidas não excederão à soma dos limites indenizáveis previstos no conjunto das diversas garantias, que concorrerão proporcionalmente ao valor de cada garantia no pagamento das indenizações e despesas decorrentes dos eventos cobertos.

Na hipótese de existência de seguros, será aplicado o disposto nos artigos 778 e 782 do Código Civil Brasileiro. No entanto, isso em nada prejudicará a pessoa segurada, pois a prestadora lhe garantirá o atendimento adequado e as prestações dos serviços de assistência aqui descritos e posteriormente tomará as providências de ressarcimento junto aos terceiros respon-

sáveis, se for de sua conveniência.

9. SUB-ROGAÇÃO

Efetuada o pagamento de quaisquer das prestações de assistência, a prestadora ficará sub-rogada, até o limite do valor despendido, em todos os direitos e ações do segurado ou da pessoa segurada contra aqueles que, por ato, fato ou omissão, tiverem causado os prejuízos ou para eles tiverem concorrido, obrigando-se o segurado ou a pessoa segurada a facilitar os meios necessários ao exercício desta sub-rogação.

10. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

A prestadora se dará o direito de cancelar automaticamente estas garantias, sempre que:

- a) a pessoa segurada causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos; ou
- b) a pessoa segurada omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

REGULAMENTO DO DEFENSOR DO SEGURADO

Artigo 1º – Da Constituição

Por decisão do Conselho de Administração da **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.**, foi constituído o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**.

§ 1º – O objetivo da constituição do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é proteger os direitos dos **segurados** e participantes pessoas físicas e garantir a equidade de suas relações com a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** – doravante denominadas “Empresas” – mediante a apreciação e o julgamento dos eventuais conflitos de interesses que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada.

§ 2º – O recurso ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** é de caráter gratuito e só será acatado para as reclamações que não entraram na área contenciosa e que não superem o limite de alçada previsto neste regulamento.

§ 3º – A atuação do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** estende-se aos participantes de planos de previdência e suas decisões são vinculantes à **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.**, pela anuência de seus acionistas.

Artigo 2º – Da Competência

Para o desenvolvimento de suas funções, compete ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

a) Conhecer e resolver as reclamações que, dentro dos respectivos contratos, sejam formuladas por **segurados** ou participantes, pessoas físicas, ou pelos que os sucedam nesse direito específico, com exclusão das reclamações de terceiros. As resoluções deste item possuem caráter vinculante às empresas.

b) Analisar as cláusulas contratuais e recomendar aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas os ajustes técnicos das coberturas e/ou introdução no contrato ou nos regulamentos operacionais de cláusulas ou regras que aperfeiçoem o relacionamento entre as partes. Tais recomendações não têm caráter vinculante, porém, sua viabilidade de implementação deve ser considerada.

Artigo 3º – Das Alçadas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** serão adotadas com base no critério de equidade e, possuindo caráter vinculante às empresas – se aceitas pelos **segurados** ou participantes e se a quantia do direito que se reconhece não exceder R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil), devem ser de cumprimento obrigatório pelas

empresas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 1º – O reclamante poderá aceitar tais resoluções ou recorrer às ações que legalmente lhe correspondam para a defesa de seus direitos.

Artigo 4º – Sobre o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** será exercido por pessoa devidamente habilitada, designada pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas. A escolha deverá recair em juristas de reconhecido prestígio ou em catedráticos das Faculdades de Direito, com preferência os que tenham experiência em entidades relacionadas ao seguro e aos planos de previdência.

§ 1º – Entende-se por “pessoa devidamente habilitada” aquela que atenda aos seguintes quesitos:

a) Isenção – A inexistência de vínculo empregatício com as **empresas** lhe confere a imparcialidade necessária que a função requer.

b) Conhecimento – Uma área tão específica requer um profissional cujo profundo domínio da instituição do seguro seja uma referência no mercado.

c) Autonomia – Uma vez analisada a reclamação relativa a contratos de seguros ou previdência privada, sua resolução será reconhecida e acatada pela **empresa**.

d) Moral – Sua ilibada reputação é credencial para que suas resoluções sejam irrefutáveis e assumidas pelas partes como equilibradas, justas e éticas.

§ 2º – Não poderá ser considerado para o cargo aquele que esteja exercendo função de conselheiro, executivo ou funcionário das empresas, nem uma pessoa que tenha parentesco com eles até o 2º (segundo) grau, inclusive por afinidade.

§ 3º – **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** não será considerado eticamente habilitado a resolver eventuais reclamações oriundas de segurados ou participantes com quem tenha vínculo de parentesco até 2º (segundo) grau, ascendentes ou descendentes, ou ainda em causa própria.

Artigo 5º – Do Mandato

A duração do cargo de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFR SEGUROS** será de 3 (três) anos. Por decisão dos respectivos Conselhos de Administração das

Empresas, será admitida a recondução do titular ao cargo, sucessivamente, sem limite de tempo, até que este complete 75 (setenta e cinco) anos de idade.

§ 1º – A tomada de posse do cargo determina a atribuição ao empossado do título de **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e lhe dá o poder de organizar a instituição numa forma que permita facilitar e agilizar a resolução das reclamações e colaborar com recomendações aos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, contribuindo para o aperfeiçoamento da relação jurídica contratual.

§ 2º – **O DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** pode ser destituído do cargo pelos respectivos Conselhos de Administração das Empresas, a qualquer tempo, após análise e deliberação embasadas em fatos que visem ao aprimoramento da função.

§ 3º – Quando ocorrer o afastamento permanente ou temporário, por qualquer motivo, ou a destituição do **DEFENSOR**

DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS do cargo, dentro do período de sua designação, um substituto interino deverá ser indicado em caráter de urgência pelos Presidentes dos Conselhos de

Administração das Empresas. O substituto interino deverá permanecer na função até que os Conselhos de Administração das Empresas possam indicar um novo **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que iniciará um novo mandato de 3 (três) anos a partir de sua nomeação.

Artigo 6º – Do Funcionamento

Podem recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** todas as pessoas físicas – segurados, participantes de planos previdenciários ou seus beneficiários legais – que, em função de sinistros ou de qualquer outra circunstância derivada do seu contrato de seguro ou regulamento de plano, tenham qualquer reclamação contra as empresas até o limite da alçada definido neste regulamento. Para maior agilidade do processo, a reclamação, bem como as demais documentações, poderá ser elaborada pelo corretor de seguros e enviada ao **DEFENSOR DO SEGURADO - MAPFRE SEGUROS** desde que a referida reclamação seja assinada também pelo segurado.

§ 1º – Serão requisitos imprescindíveis para se recorrer ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**:

a) que o reclamante tenha esgotado a via da reclamação ordinária ante os órgãos competentes das empresas respectivas, entendendo-se que esta via estará esgotada quando:

1. exista uma decisão expressa do Diretor Territorial da **MAPFRE SEGUROS**;

2. haja transcorrido um período de 60 (sessenta) dias corridos, contados desde quando o segurado formulou sua reclamação escrita, e esta não tenha sido resolvida pelo Diretor Territorial correspondente.

b) que a reclamação seja feita na forma escrita e endereçada à Caixa Postal 60.596 do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** via correios, CEP 05804-970 – São Paulo/SP.

§ 2º – A aceitação para trâmite do processo de reclamação compete exclusivamente ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, que deverá comunicar diretamente ao reclamante, em até 8 (oito) dias corridos após o recebimento da correspondência, com cópia ao corretor e às empresas, o seguinte:

a) a aceitação do processo para trâmite imediato e o prazo de até 2 (dois) meses ou 60 (sessenta) dias para resolver o conflito;

b) a aceitação do processo sob a condição de que o **segurado** ou participante se comprometa a fornecer os documentos complementares necessários para a reclamação. Quando a reclamação estiver em ordem quanto aos itens requisitados, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará ao reclamante e às empresas que o mesmo entrará em tramitação.

A partir desse momento, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** terá o prazo de até 2 (dois) meses ou 60 (sessenta) dias para sua resolução;

c) sua não-aceitação, indicando as causas que assim as justifiquem.

§ 3º – Após o trâmite da reclamação, o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** comunicará por escrito sua resolução e o motivo pelo qual ela foi tomada diretamente ao reclamante com cópia ao seu corretor e às empresas.

§ 4º – O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** solicitará de cada uma das empresas, por meio dos Diretores Territoriais, todas as informações de que necessite relacionadas às reclamações admitidas para trâmite, que

serão atendidas num prazo máximo de 8 (oito) dias corridos.

§ 5º – Os Diretores-Presidentes das empresas ordenarão o cumprimento das resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** que tenham sido aceitas pelo reclamante em até 8 (oito) dias corridos, já que possuem caráter obrigatório. As recomendações que não sejam vinculantes deverão ser encaminhadas para análise de aplicação.

§ 6º – O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** redigirá, a cada ano, até o dia 28 de fevereiro, um relatório de sua atuação, que apresentará aos presidentes dos respectivos Conselhos de Administração das empresas.

Artigo 7º – Das Obrigações das Empresas

As resoluções do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** são de caráter vinculante às empresas, razão pela qual a **MAPFRE VERA CRUZ Seguradora S.A.** e a **MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.** se obrigam a acatá-las, desde que estejam dentro do limite de alçada determinado neste regulamento e desde que sejam aceitas pelo reclamante.

§ 1º – As recomendações do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, com relação à modificação de cláusulas contratuais e/ou aos ajustes técnicos nos contratos e regulamentos operacionais das empresas não são obrigatórias e podem ou não ser aceitas.

§ 2º – Cada uma das empresas tem a obrigação de, no fim de cada mês, informar ao **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** a situação final de cada uma das reclamações que tenham sido tramitadas por ele e sobre as quais decidiu.

§ 3º – O Conselho de Administração dará instruções a cada uma das empresas sobre a divulgação eficaz aos segurados, participantes e corretores sobre a existência do **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS**, assim como os objetivos e normas que regulam sua atuação, além das condições obrigatórias para a aceitação das reclamações e dos procedimentos para sua tramitação.

Artigo 8º – Dos Recursos para o DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS

O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá dos meios necessários para o exercício independente de suas funções, que lhe será garantido pelos órgãos superiores das empresas por meio da pré-aprovação de um orçamento anual.

§ 1º – O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de instalações e organização próprias, fora das instalações das empresas envolvidas, contando com os equipamentos necessários às suas atribuições.

§ 2º – O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** disporá de uma caixa postal de seu uso exclusivo, onde receberá diretamente a correspondência dos segurados.

§ 3º – O **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** contará com a colaboração dos Diretores Presidentes das Empresas, que garantirão o bom e pleno funcionamento das relações entre o **DEFENSOR DO SEGURADO – MAPFRE SEGUROS** e os diversos órgãos das empresas.

A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.

Disque
Fraude 

0800-775-7333

Todos contra a fraude