



**RESUMO CONDIÇÕES GERAIS  
VIDA CETELEM**

**MAG**  
SEGUROS

GRUPO MONGERAL  EGON

**Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A**  
**(CNPJ: 33.608.308/0001-73)**

ESTE DOCUMENTO CONTÉM INFORMAÇÕES RESUMIDAS. PARA INFORMAÇÕES COMPLETAS SOBRE O PLANO, CONSULTE AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO ASSOCIADO AO PROCESSO SUSEP Nº. 15414.003037/2012-47.

## **RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS**

### **1) OBJETIVO DO SEGURO**

**Art. 1º.** Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.**

**Parágrafo único.** Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no parágrafo 2º do art. 7º, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

### **2) DEFINIÇÕES**

**Art. 2º.** Para efeito destas condições gerais, considera-se:

**a) Acidente Pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

**a.1)** Incluem-se nesse conceito:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

**a.2) excluem-se desse conceito:**

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
  - **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
  - **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
  - **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**
- b) Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;
- c) Assistido:** beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.
- d) Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;
- e) Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro;
- f) Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

- g) **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora;
- h) **Coberturas:** são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- i) **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;
- j) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;
- k) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;
- l) **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;
- m) **Doenças ou Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro;
- n) **Estipulante/Subestipulante:** pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;
- o) **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período;
- p) **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;
- q) **Evento Prazo Curto:** evento realizado pelo estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada;

- r) **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;
- s) **Franquia Dedutível:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia é deduzida por evento;**
- t) **Franquia Simples:** é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. **A franquia não é deduzida por evento, isto é, caso o evento gerador tenha duração superior a franquia, a seguradora indenizará o período completo correspondente ao evento gerador;**
- u) **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- v) **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- w) **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;**
- x) **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;
- y) **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;
- z) **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- aa) **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

- ab) Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- ac) Prazo de Carência:** 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 à percepção dos capitais segurados contratados;
- ad) Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;
- ae) Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;
- af) Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;
- ag) Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- ah) Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- ai) Provisão Matemática de Benefícios Concedidos:** Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o assistido (ou assistidos) durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.
- aj) Renda:** Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.
- ak) Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;
- al) Segurado:** pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;
- am) Segurado Principal:** é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;

**an) Segurados Dependentes:** são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro.

**ao) Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

**ap) Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

### 3) COBERTURAS DO SEGURO

**Art. 3º.** Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

- I. **Morte (M):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.
- II. **Auxílio Funeral Complementar (AFC):** Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

### 4) RISCOS EXCLUÍDOS

**Art. 4º.** Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**

- d) de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- g) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e**
- h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal;**
- i) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente pessoal;**
- j) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrente de acidente pessoal.**

**Art. 5º. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar 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 como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**

## **5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

**Art. 6º. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.**

**§ 1º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Complementar serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.**

**§ 2º. Para os seguros contratados com vigência inferior a 1 (um) ano a cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, em território nacional, conforme o contrato.**

## **6) CARÊNCIAS**

**Art. 7º.** O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, sendo estabelecido no contrato e, não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

**§ 1º.** Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

**§ 2º.** Com a ocorrência de qualquer evento durante o período de carência, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 24.

**§ 3º.** A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

**§ 4º.** O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.

**§ 5º.** Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado.

## **7) ACEITAÇÃO DO SEGURO**

**Art. 8º.** Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

**§ 1º.** Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

**§ 2º.** A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

**§ 3º** Caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de adesão, o seguro estará automaticamente aceito.

**§ 4º.** Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

**§ 5º.** Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio por parte da seguradora e a data da formalização de recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

**Art. 9º.** A cada segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual, assinado pelos representantes legais da seguradora, que conterá os elementos mínimos estabelecidos pela legislação vigente.

## **8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**

**Art. 10.** Caso as propostas tenham sido recepcionadas pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, sendo esta data expressamente acordada entre as partes. O fim de vigência da cobertura não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

**Parágrafo único.** As propostas que 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.

## **9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

**Art. 11.** Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

**Art. 12.** A vigência do seguro constará da apólice e do contrato firmado entre seguradora e estipulante/subestipulante, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

§ 2º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência da apólice.

§ 3º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 4º. A renovação da apólice que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 5º. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.

## **10) CAPITAL SEGURADO**

**Art. 13.** O critério de estabelecimento do capital segurado consta de cada uma das condições especiais das coberturas.

**Parágrafo único.** Para algumas coberturas será estabelecido limite percentual em função das coberturas de Morte, o qual constará da proposta de adesão.

## **11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO**

**Art. 14.** Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês estabelecido na proposta de contratação, apólice e

contrato, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial.

**Parágrafo único** - A primeira atualização observará o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a data de início de vigência do certificado.

**Art. 15.** Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o estipulante comunicar à seguradora, alternativamente à atualização monetária prevista no art. 14.

**Art. 16.** Caso o segurado tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

**Art. 17.** O valor do prêmio individual do Seguro será alterado periodicamente em decorrência da mudança de idade do segurado e conseqüente aumento de risco, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista nas Condições Contratuais do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados.

## **12) APLICABILIDADE DE MORA**

**Art. 18.** Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% (um centésimo por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 30, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

**Parágrafo único.** Para este plano não será adotada multa.

## **13) PAGAMENTO DE PRÊMIO**

**Art. 19.** O custeio do seguro pode ser:

- a) contributário, no caso em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributário, no caso em que os segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

**Art. 20.** Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de adesão.

§ 1º. No caso de sinistro ou cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 18.

§ 2º. Os prêmios poderão ser pagos pelo segurado e/ou pelo estipulante/subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato.

§ 3º. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante/subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante/subestipulante não poderá prejudicar o segurado.

§ 4º. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante/subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

§ 5º. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.

**§ 6º. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida no contrato.** No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

§ 7º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

#### **14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO**

**Art. 21. Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.**

**Parágrafo Único. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.**

#### **15) CANCELAMENTO DO SEGURO**

**Art. 22. Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser pago no período especificado para reabilitação das coberturas constante no parágrafo único do artigo 21, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.**

**Parágrafo Único. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.**

**Art. 23. O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência sob alegação de alteração da natureza dos riscos.**

#### **16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

**Art. 24. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no art. 12 destas condições gerais.**

**Art. 25. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:**

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- c) com a morte do segurado principal;

**Parágrafo único.** Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;
- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

## **17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**Art. 26.** O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

**Art. 27.** Se, ainda, o segurado, o estipulante/subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o estipulante / subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

**Parágrafo único.** Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a 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 parcial do capital segurado:**

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

### **III. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:**

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

**Art. 28. O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé. Contudo, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais, incluindo a decisão de restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.**

## **18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**Art. 29.** Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

**Art. 30.** A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

**Art. 31. É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.**

**Parágrafo único.** A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

**Art. 32.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor

ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

**§ 1º.** A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

**§ 2º.** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

**§ 3º.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

**Art. 33.** Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

**Art. 34.** O segurado, ao propor sua adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

**Art. 35.** A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 30, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

**Parágrafo único.** Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 18, independentemente de notificação ou interpelação judicial, sendo o pagamento feito de uma só vez juntamente com os demais valores do contrato.

**Art. 36.** As indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

**§ 1º.** A indenização referente à cobertura de Morte poderá ser paga sob a forma de renda certa, desde que tenha havido solicitação expressa do Segurado neste sentido.

**§ 2º.** No caso de pagamento sob a forma de renda certa, no momento do pagamento da indenização, as partes contratantes deverão observar o valor da renda mínima inicial definido no Contrato. Caso o capital segurado contratado não atinja o valor mínimo estabelecido para a renda, a indenização será paga de uma única vez.

**§ 3º.** A transformação do Capital Segurado em renda mensal por prazo certo será feita de acordo com a metodologia descrita na Nota Técnica Atuarial e com a taxa de juros de 6% a.a..

**§ 4º.** A renda mensal será, a partir da data de sua concessão, atualizada anualmente, com base no índice estabelecido no plano, e acrescida do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

## **19) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE**

**Art. 37.** São obrigações do estipulante/subestipulante:

- a)** fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;
- b)** manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d)** pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e)** repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;
- f)** comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g)** dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;

- h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

## **20) DISPOSIÇÕES GERAIS**

**Art. 38.** No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

**Art. 39.** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

**Art. 40.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

**Art. 41.** Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

**Parágrafo único.** Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

**Art. 42.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

**Art. 43.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

**Art. 44.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

**Art. 45.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

## **21) FORO**

**Art. 46.** As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

**Parágrafo único.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

# CONDIÇÕES ESPECIAIS

## COBERTURA DE MORTE

### 1) OBJETIVO DA COBERTURA

**Art. 1º.** Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

**§ 1º.** O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observandose que:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

### 2) CAPITAL SEGURADO

**Art. 2º.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

### 3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

**Art. 3º.** Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante ou o beneficiário deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

#### I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

#### DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;

- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;
- g) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
  - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
  - II. Demais estipulante/subestipulante: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

## **DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS**

- h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF;
- j) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- k) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

## **II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:**

### **DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE**

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- j) comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
  - I. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
  - II. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

#### **DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS**

- k) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- l) cópia da carteira de identidade e CPF;
- m) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- n) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- o) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- p) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- q) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

#### **4) BENEFICIÁRIOS**

**Art. 4º.** Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na proposta de adesão.

**§ 1º.** Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

**§ 2º.** No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

**§ 3º.** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

**§ 4º.** Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

# CONDIÇÕES ESPECIAIS

## COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

### 1) OBJETIVO DA COBERTURA

**Art. 1º.** Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

**§ 1º.** O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pela Mongeral Aegon, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

### 2) CAPITAL SEGURADO

**Art. 3º.** Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

### 3) PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELA MONGERAL AEGON):

**Art. 4º.** Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO SUPERIOR, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

**Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso**

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 1000 km (mil quilômetros).

**Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório**

Ocorrendo o falecimento do segurado, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, a Central de Assistência disponibilizará um representante ao Domicílio ou Hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do Sepultamento ou Cremação junto à funerária do Município, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral. A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do segurado. Se necessário, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos, após a liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital, acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. A Central de Assistência responsabiliza-se por providenciar bem como custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local. Se necessário para o registro do óbito em cartório, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. O Solicitante deverá apresentar ao representante da Central de Assistência os documentos necessários para registro do óbito em cartório.

#### **Atendimento e organização do funeral**

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

**Preparação do corpo:** poderá ser realizada a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, serviço de vestimenta(ato de vestir), necromaquiagem, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia (aplicação de formol). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.

**Traslado:** traslado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 1000 km (mil quilômetros). O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de Domicílio ou município de livre escolha do solicitante, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o corpo do Cliente se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de Domicílio, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

**Repatriação do corpo:** em caso de falecimento do cliente durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento do corpo, até o Município de domicílio ou município de livre escolha do solicitante, limitado a 1.000 km(mil quilômetros). O meio de transporte a ser utilizado para a

repatriação do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de Domicílio, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o corpo do segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de Domicílio, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

**Transporte e hospedagem para membro da família:** caso o falecimento ocorra fora do município de residência do segurado e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado, limitado a 500 (quinhentos) quilômetros de transporte terrestre e acima deste, 1 (uma) passagem aérea com valor máximo de R\$ 1.000,00 (mil reais). Será fornecida hospedagem para aguardar a liberação do corpo no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitada a 3 (três) diárias.

**Meio de transporte para acompanhamento do velório:** será fornecido meio de transporte terrestre para membros da família do local do domicílio até o local do sepultamento, limitado a 4 (quatro) pessoas e a 100 (cem) quilômetros.

**Funeral:** urna sextavada com visor, padrão Bignotto ref. 060 ou similar, alça portuguesa, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU., ou na falta desta uma similar, duas coroas de flores, ornamentação completa da urna, manta mortuária, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, comunicação em jornal, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório, serviço de café e água. A locação de capela/sala velatória para o velório poderá ser Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado.

**Carro fúnebre:** será fornecido um veículo apropriado para o transporte da urna e dos enfeites florais, dentro do município de domicílio, entre o local do velório até o local de sepultamento ou cremação. Limitado a 100 (cem) km.

**Sepultamento:** sepultamento no túmulo ou jazigo da família ou cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado, na cidade de domicílio do segurado, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação. No caso de cemitério particular, as taxas deverão ser equivalentes às municipais. Será disponibilizada placa com nome na lápide.

**Locação de jazigo:** caso a família não disponha de local para o sepultamento, será disponibilizada locação de um jazigo em cemitério municipal por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

**Sepultamento de membros:** sepultamento do membro em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade de domicílio do segurado quando necessário o enterro de partes de corpo (membros superiores ou inferiores), caso estes sejam decorrentes de mutilação de causa acidental ou amputação por causa médica, limitado a R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento. O valor utilizado a título de sepultamento de membros não é descontado do valor total do seguro contratado.

**Não será feito nenhum pagamento à título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.**

**Cremação:** cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado, na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima e envio das cinzas à família, desde que haja crematório dentro de um raio de 500 (quinhentos) quilômetros do local do óbito. Não havendo crematório dentro deste raio ou caso o familiar do segurado deseje realizar a cremação em outra localidade, a empresa terceirizada poderá providenciar o traslado do corpo, sendo os custos excedentes deste transporte de responsabilidade do familiar do segurado. O retorno das cinzas correrá por conta da empresa terceirizada também limitada à distância de 500 (quinhentos) quilômetros.

**Transmissão de mensagens urgentes:** será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

#### **4) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

**Art. 5º.** No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- c)** cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

**Art. 6º.** No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

### **DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE**

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- c)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e)** comprovação do vínculo do segurado principal com o estipulante/subestipulante, através de cópia de um dos seguintes documentos, de acordo com o estipulante/subestipulante:
  - i. Associação ou Sindicato: Termo de adesão, carteira de associado ou contra-cheque do mês anterior ao evento com o respectivo desconto;
  - ii. Demais estipulantes/subestipulantes: cópia de contra-Cheque do mês anterior ao evento, CTPS página do registro e identificação, Ficha de Registro de Empregado (F.R.E.), SEFIP somente a página que consta o nome do funcionário, Termo de Rescisão devidamente assinado, Contrato de Estágio ou Contrato de Prestação de Serviço;

### **DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS**

- f)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g)** cópia da carteira de identidade e CPF;
- h)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e
- i)** notas fiscais originais das despesas com o funeral.

## **5) BENEFICIÁRIOS**

**Art. 7º.** Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pela Mongeral Aegon para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

**Parágrafo único.** No caso da utilização do prestador de serviço indicado pela Mongeral Aegon nada mais será devido a título de indenização.