



CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE PESSOAS



CENTAURO-ON

Seguros para viver

CENTAURO & OHIO NATIONAL COMPANY

ÍNDICE



1) DEFINIÇÕES	5
2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	8
3) OBJETIVO DO SEGURO	8
4) GARANTIAS DO SEGURO	8
5) RISCOS EXCLUÍDOS	9
6) INCLUSÃO DE DEPENDENTES	9
7) CARÊNCIAS	11
8) ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
10) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	12
11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	13
12) CUSTEIO DO SEGURO	13
13) PAGAMENTO DE PRÊMIO	13
14) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA	14
15) CANCELAMENTO DO SEGURO	14
16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
17) REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA	15
18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	15
19) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
20) FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES	17
21) BENEFICIÁRIOS	17
22) REGIME FINANCEIRO	18
23) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
24) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	19
25) EXCEDENTE TÉCNICO	20
26) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL	21
27) PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS	21
28) FORO	22
29) INFORMAÇÕES GERAIS	22

1) DEFINIÇÕES

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

Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou sua tentativa, observado o que dispõe a cláusula 5 – Riscos Excluídos item 5.1, "f";
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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 Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica científica, bem como 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.
- o choque anafilático e suas consequências.
- acidente vascular cerebral (AVC) que configura uma doença e portanto não caracteriza acidente pessoal.

Apólice: Documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante nos planos coletivos.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

Carência: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

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

Certificado Individual: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.

Coberturas de risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Data do Evento: Data de ocorrência do evento / risco coberto.

Doença Preexistente: São todas as doenças, inclusive as congênitas, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor, e não declarada na proposta de contratação ou adesão.

Estipulante: É a 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 identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

Excedente técnico: Saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

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

Franquia: Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Glossário: Dicionário de termos técnicos e científicos.

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

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: É aquela consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

Para todos os efeitos é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

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.

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

Período de cobertura: Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Prescrição: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

Proponente: É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

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.

Proposta de Contratação: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de Contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provisão Matemática dos Benefícios Concedidos: Valor atual dos compromissos da seguradora para com segurado ou beneficiários, durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

Riscos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: O proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no seguro.

Segurado Principal: É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

Segurados Dependentes: São o cônjuge ou companheira, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.

Seguradora: É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.**

Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias do seguro.

2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

2.1 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.

2.2 Condições Especiais

Especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano.

2.3 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Segurado, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.4 Contrato

Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

3) OBJETIVO DO SEGURO

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 garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais e limites de capital previstos no Contrato e nas Condições Especiais do Seguro e de acordo com a presente Condição Geral.

4) GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro serão em conformidade com as Condições Especiais do Seguro.

5) RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 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) prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;**
- d) de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão-proposta;**
- e) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;**
- f) de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- g) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica.**

5.2 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos danos 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.

6) INCLUSÃO DE DEPENDENTES

As cláusulas especiais para inclusão de dependentes descritas a seguir, somente serão adotadas no seguro se forem contratadas e constarem no Contrato do seguro.

6.1 Inclusão automática de cônjuge

Farão parte do Grupo Segurado todos os cônjuges dos componentes do referido grupo, desde que os mesmos não pertençam ao Grupo Segurado na condição de titulares e estejam em condições normais de saúde.

Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo

do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

6.2 Inclusão facultativa de cônjuge

Poderão fazer parte do Grupo Segurado os cônjuges dos componentes do referido grupo que assim o proponham; desde que os mesmos não pertençam ao Grupo Segurado na condição de titulares e estejam em condições normais de saúde.

Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

O cônjuge poderá fazer parte do grupo Segurado, quando por solicitação do Segurado titular, mediante o preenchimento do Cartão Proposta. O segurado Titular assume total responsabilidade com relação às condições normais de saúde do cônjuge. A seguradora reserva-se o direito de aceitar ou não o seguro do cônjuge, com base nas declarações do Cartão Proposta, tendo para isso o prazo de 15 (quinze) dias após o seu recebimento para manifestar-se.

6.3 Inclusão automática de filhos

Farão parte do Grupo Segurado todos os filhos do Segurado Titular, desde que os mesmos já não pertençam ao Grupo Segurado na condição de titulares e que tenham até 21 (vinte e um) anos, observado o que dispõe a Circular SUSEP 302/05, artigo 8º, "para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente".

Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal.

Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos estarão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado ou, na hipótese de capitais iguais, como dependente do titular do sexo feminino, sendo este denominado segurado principal para efeito da cláusula.

6.4 Inclusão facultativa de filhos

Poderão fazer parte do Grupo Segurado os filhos do Segurado Titular que assim o autorizem, desde que os mesmos já não pertençam ao Grupo Segurado na condição de titulares e que tenham até 21 (vinte e um) anos, observado o que dispõe a Circular SUSEP 302/05, artigo 8º, "**para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente**".

Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal. Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado ou, na hipótese de capitais iguais, como dependente do titular do sexo feminino, sendo este denominado segurado principal para efeito da cláusula.

7) CARÊNCIAS

O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido no Contrato. Não haverá carência para acidentes pessoais, observado o que dispõe a cláusula 5 - Riscos Excluídos - item 5.1 "f". Quando adotado prazo de carência, este não poderá exceder a metade do prazo de vigência acordado, observado o limite de 2 (dois) anos. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir a carência por Declaração Pessoal de Saúde.

Uma vez adotada carência, fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período, no mínimo, correspondente à carência fixada.

O prazo de carência será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro.

Caso o Grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência, será devolvido ao beneficiário o prêmio puro do seguro atualizado pela variação positiva do índice de atualização de valores estabelecido pelo IPCA / IBGE, "pró-rata temporis", correspondente ao período da data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição.

8) ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete. A seguradora disporá de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco.

A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

A seguradora uma única vez, poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco durante o prazo estabelecido acima. Neste caso, o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der o protocolo de entrega da documentação no estabelecimento da seguradora.

Em caso de recusa da proposta, esta será comunicada ao proponente por resposta escrita e, fundamentada, e valerá como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data da expedição da comunicação.

Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante. O valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. 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 IPCA do IGBE entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição, estando ainda sujeito à aplicação de juros de mora à base de 1% (um por cento) ao mês, caso a devolução não seja efetivada em até 10 (dez) dias da data da formalização da recusa.

Cada Segurado incluído no seguro receberá seu Certificado Individual, bem como nas renovações subsequentes, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data de início e término da vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes.
- b) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos dependentes, além do prêmio total.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses podendo, entretanto, ser determinado períodos diferentes no Contrato, **tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.** Nos seguros plurianuais a vigência máxima será de 5 (cinco) anos. A apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, **mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias do término da vigência comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.**

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos. Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela Seguradora e o Estipulante e desde que não acarretem em ônus ou dever adicional para os segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

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

10) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O capital segurado individual é a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

Os capitais segurados das garantias contratadas serão determinados no Contrato do Seguro, respeitando as seguintes opções:

Capital Uniforme: O capital individual será único para todos os segurados;

Capital Escalonado: O capital individual será escalonado observado os limites mínimos e máximos estabelecidos no Contrato do Seguro;

Capital Múltiplo Salarial: O capital individual será determinado em função da aplicação de um múltiplo ao salário do segurado.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, salvo de houver manifestação contrária do Estipulante, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou outro índice que vier a substituí-lo. O índice o IPCA/IBGE aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

Para a hipótese de contratação em que os capitais segurados são na forma de múltiplo salarial, não haverá incidência de correção monetária, pois estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que Estipulante comunicar à Seguradora.

12) CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro pode ser:

Contributário: custeado integralmente pelos segurados da apólice;

Parcialmente Contributário: custeado parcialmente pelos segurados da apólice;

Não contributário: em que os segurados não custeiam o prêmio.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, de forma antecipada ou postecipada em relação ao risco, sendo a periodicidade e forma da cobrança definidos no Contrato do Seguro.

Nos seguros contributários se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito a cobertura do seguro. Responde a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

A seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice.

É expressamente vedado ao estipulante 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, 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.

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.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio mensal, 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 garantias.

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, devendo ainda haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

14) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA

Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será adotado prazo de tolerância de 90 dias.

A contagem do prazo terá início a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança. Se ao final deste prazo persistir o caráter de inadimplência, a apólice ou certificado individual, serão cancelados.

Durante o prazo de tolerância haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido.

O não pagamento das faturas pelo Segurado à Seguradora até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 0,1% ao dia sobre o valor da fatura, não sendo prevista atualização monetária.

15) CANCELAMENTO DO SEGURO

Se, decorrido o prazo de tolerância e não houver o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos e sendo devidas as parcelas não quitadas no período coberto. O seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e no caso de seguro coletivo deverá haver anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

No caso de rescisão contratual, por iniciativa de qualquer uma das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente, ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obterem ou para majorarem a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no parágrafo acima aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

A cobertura do Segurado Principal cessa, ainda:

- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante ;
- quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio por prazo superior ao prazo de tolerância, observado na cláusula 14.

Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

- se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
- com a morte do Segurado Principal;
- no caso de cessação da condição de dependente; ou
- a pedido do Segurado Principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;
- quando indenizado ao Titular a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

17) REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

Quando da alteração de faixa etária, os prêmios serão alterados de acordo com a nova faixa etária do segurado, obedecendo a forma e os percentuais estabelecidos no contrato do seguro.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nas Condições Especiais do Seguro.

Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do

prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.

O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias **a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos nas Condições Especiais do Seguro.**

É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Segurado ou Beneficiários, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias corridos para liquidação do sinistro. Havendo falta ou deficiência na documentação, o prazo de 30 dias será interrompido até que a exigência seja sanada. Se a Seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado desde a data do aviso do sinistro até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data do aviso do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado.

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

Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das 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.

A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

As providencias que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstancias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

O direito do seguro e/ou beneficiário em pleitear indenização junto a seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do código civil.

19) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

19.1 Se agravar intencionalmente o risco.

19.2 Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores gerais e seus representantes legais, procurarem obter benefícios do Contrato de Seguro

19.3 Se o segurado, 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 segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.4 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

II) na hipótese de 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 decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário 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 do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

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

20) FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

Será em conformidade com o previsto nas Condições Especiais do Seguro.

21) BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários serão designados pelo Segurado no cartão proposta individual, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal,

preenchida e assinada.

Deve ser observado que não se pode instituir Beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de ultima vontade.

Se a Seguradora não for cientificada oportunamente da substituição do beneficiário, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

Na ausência de indicação, os beneficiários serão os definidos nos Artigos 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, transcritos a seguir:

"Art. 792 – Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária."

Parágrafo Único – Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a Morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

"Art. 793 – É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados. Em caso de contratação das garantias suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge e inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado principal. No facultativo sob indicação ou na falta deste conforme código civil.

22) REGIME FINANCEIRO

Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

23) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 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, quando for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos referentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) 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;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros;
- j) Comunicar a Seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado tornar-se uma pessoa politicamente exposta;

24) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

Pessoas politicamente expostas são os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Para fins legais, são cargos, empregos ou funções públicas relevantes:

- os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:

- a) de ministro de estado ou equiparado;
- b) de natureza especial ou equivalente;

- c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista;
- d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;
- os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais superiores;
- os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;
- os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;
- os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;
- os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal de capitais de estados.

No caso de estrangeiros, são pessoas politicamente expostas àquelas que exerçam ou tenham exercido, nos últimos cinco anos, importantes funções públicas em um país estrangeiro, tais como, chefes de estado e de governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

25) EXCEDENTE TÉCNICO

Desde que prevista no Contrato de seguro, a presente cláusula estabelece as condições de distribuição de resultados técnico da apólice ao Estipulante e/ou segurados do grupo.

Para efeito de apuração de resultados técnicos, consideram-se:

1º - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

2º - Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

a) comissões de corretagem pagas durante o período;

b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;

c) comissões de agenciamento pagas durante o período;

- d) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;
- g) provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;
- h) PIS / COFINS;
- i) despesas com regulação de sinistros;
- j) valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

3º - As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde:

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

A apuração do resultado técnico será realizada após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação e será atualizado monetariamente desde o término da vigência da apólice até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, conforme convencionado, não cabendo qualquer adiantamento neste período.

Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.

26) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus, dever para os segurados ou a redução de seus direitos, também dependerá de anuência expressa dos segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

27) PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS

Prevalecem sobre as cláusulas destas Condições Gerais, as previstas de comum acordo entre a seguradora e Estipulante constantes no Contrato do Seguro.

28) FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

Na hipótese de existência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso.

29) INFORMAÇÕES GERAIS

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; e
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.



MATRIZ - CURITIBA

Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP 80.060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080 - Fax: (41) 3232-2773

FILIAL BLUMENAU/SC

Rua Floriano Peixoto, 275, sala 61 - Centro
CEP 89.010-500 - Blumenau/SC
Tel.: (47) 3035-4170

FILIAL CASCAVEL/PR

Avenida Brasil, 6459, sala 32 - Centro
CEP 85.812-003 - Cascavel/PR
Tel.: (45) 3035-1552

FILIAL GOIÂNIA/GO

Rua 3 nº 800, Quadra C-06, Lts 73/75, Sala 101
Edif. Office Tower Gilberto A. Sebba - Setor Oeste
CEP 74.115-050 - Goiânia/GO
Tel.: (62) 3215-8781

FILIAL MARINGÁ/PR

Rua Néo Alves Martins, 3120, sala 91 - Centro
CEP 87013-060 - Maringá/PR
Tel.: (44) 3029-4472 - Fax: (44) 3029-9695

FILIAL PORTO ALEGRE/RS

Avenida Julio de Castilhos, 132, sala 402
CEP 90.030-130 - Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3023-5108 - Fax: (51) 3029-0768

FILIAL RIO DE JANEIRO/RJ

Av. Treze de Maio, 41, 4º andar, salas 401 a 402 - Centro
CEP 20031-007 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2240-0401 - Fax: (21) 2220-1402

FILIAL SÃO PAULO/SP

Rua Conselheiro Crispiniano, 53, 3º andar - Centro
CEP 01037-001 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3237-2142



CENTAURO-ON
Seguros para viver

CENTAURO & OHIO NATIONAL COMPANY

ANEXO III - DESCONTO EM MEDICAMENTO**a) SERVIÇOS COBERTOS**

O produto de desconto em medicamentos dispõe de uma moderna estrutura tecnológica e organizacional e permite a oferta aos segurados, obtenção de descontos de até 59% de desconto em medicamentos constantes em uma lista cadastrada.

b) REDE DE FARMÁCIAS CREDENCIADAS

Grandes redes de farmácias foram credenciadas ao Produto para vendas de medicamentos com descontos. Atualmente, a rede conta com mais de 9.000* farmácias, em todo o território nacional.

c) LISTA DE MEDICAMENTOS

Levando-se em consideração os remédios mais recorrentemente prescritos pelos profissionais de saúde foi desenvolvida uma lista de medicamentos abrangendo produtos que permitem realizar o tratamento em diversas especialidades. A lista é formada por medicamentos das principais indústrias farmacêuticas do país compondo mais de 3.773*apresentações de remédios.

d) ENTREGA DE MEDICAMENTOS

Nossa rede é composta por cerca de 2.300* farmácias que realizam, de forma autônoma, o serviço de delivery de medicamentos, facilitando ainda mais a vida dos clientes. Esta entrega é de total responsabilidade do estabelecimento credenciado (farmácias) e assim sendo, fica a critério do local a cobrança de eventuais taxas. Podemos disponibilizar a relação dos estabelecimentos que realizam o serviço de delivery, porém este pode ser alterado sem prévia informação.

e) FLUXO OPERACIONAL

Após consultar o médico, o beneficiário dirige-se a uma farmácia credenciada com a receita e seu cartão de identificação personalizado, para compra de medicamentos da lista cadastrada.

O atendente insere os dados do beneficiário, da receita e dos medicamentos no sistema. A elegibilidade do beneficiário e as regras do programa são checadas diretamente com o banco de dados da Gerenciadora de Farmácias e a venda concluída.

* Quantidades sujeitas a alterações sem aviso prévio.

f) REQUISITOS DE IMPLANTAÇÃO

Identificação do usuário: cartão de identificação personalizado com número de matrícula (a definir).

É de extrema importância constar o logotipo da PBM no cartão, para melhor identificação do segurado nas farmácias credenciadas.

Fornecimento do Guia do beneficiário via site: contendo a lista de medicamentos, farmácias credenciadas e as regras de utilização do benefício.

Disponibilização do cadastro dos usuários: arquivo texto com informações dos titulares e dependentes, seguindo layout padrão.

Material de divulgação: todo e qualquer material de divulgação (para farmácia ou para o beneficiário), deverá ser previamente aprovado pela Fácil Assist.

Prazo: o prazo médio de implementação é de 30 a 60 dias.

Importante: o custo de confecção do Cartão de Identificação será de responsabilidade do Cliente institucional.

g) FORMAS DE COMUNICAÇÃO COM O BENEFICIÁRIO

Para informações sobre a lista de medicamentos e farmácias cadastradas, oferecemos as opções de serviço através de telefone e site:

Telefone: com analistas devidamente treinados para oferecer as informações necessárias.

Internet:

Disponível link ao qual direciona diretamente para o site do parceiro PBM.

No site do cliente: no site do próprio cliente é possível visualizar as informações de rede farmácias credenciadas e lista medicamentos disponíveis e atualizados.

Todos os materiais de comunicação com o beneficiário, incluindo confecção do cartão de identificação, guia de apresentação do produto e Welcome Kit serão de responsabilidade da Centauro.

h) OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O benefício é pessoal e intransferível.

O preço apresentado é por item/mês.

Os descontos não são cumulativos com promoções da farmácia.

O pagamento é realizado diretamente pelo cliente final conforme as condições do estabelecimento.

FT Intermediação de Negócios Ltda.

CNPJ: 22.428.693/0001-50

Assinado por:.....

Assinatura e Carimbo com CNPJ

Rubricar todas as páginas do Contrato