PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

PROJETO DE LEI Nº 069-E-2007

AUTORIZA O PAGAMENTO DE SEGURA DE VIDA EM GRUPO PARA SERVIDORES EM AFASTAMENTO PREVIDENCIÁRIO, E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

O povo do Município de Conselheiro Lafaiete, por seus representantes decretou

Art. 1º. Fica o Município de Conselheiro Lafaiete autorizado a efetuar o pagamento do valor mensal, constante na apólice do seguro de vida, para os servidores municipais, em situação de afastamentos previdenciários, por um período de até 6 (seis) meses, a contar do 16º (décimo sexto) dia, após o atestado médico de 15 (quinze) dias.

Parágrafo Único. O Município efetuará mensalmente a quitação do valor requisitado pela Secretaria Municipal de Administração, conforme listagem de servidores afastados. A quitação se dará às custas do Município, sem ônus para os servidores, devendo a despesa decorrente ser levada à conta de dotação própria, podendo o executivo, se necessário, abrir crédito suplementar.

Art. 2º. Persistindo o afastamento previdenciário, o servidor passará a depositar o valor previamente acordado em apólice individual, a favor da Seguradora Vera Cruz Vida e Previdência S/A, em conta específica do município, para posterior repasse.

Art. 3º. A presente autorização tem seus efeitos retroativos a 1º de janeiro de 2007.

Art. 4º. A presente Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CONSELHEIRO LAFAIETE, AOS 19 DIAS DO MÊS DE JUNHO DE 2007.

Dr. JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA BARROS

Prefeito Municipal

À Comissão de Legislação, Justiça e Redação para Parecer.

03/07/2007

Presidente

partir do recebimento e registro através de relógio datador da VERA CRUZ, para se manifestar com relação à aceitação ou recusa do mesmo.

4.2.2 Aos proponentes que contratarem o seguro, não lhes será exigido exame médico, mas os interessados obrigam-se a declarar, na proposta de adesão, sob sua inteira e total responsabilidade, se estão em condições normais de saúde, se são portadores de moléstias ou deficiências que impeçam ou prejudiquem o exercício de suas atividades normais, ou que possam vir a agravar-se no futuro. Caso seja portador de moléstia ou deficiência, o proponente também deverá declarar expressamente no campo adequado da proposta de adesão, para exame e decisão, pela VERA CRUZ, quanto à aceitação do proponente no grupo segurado.

4.2.3 Não fará jus às coberturas da apólice, nem à restituição de prêmios de seguro pagos, o proponente ou segurado que tenha omitido quaisquer circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio conforme os princípios estabelecidos pelos Arts. 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, que assim dispõe:

"Art. 765. O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato, a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes."

"Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido."

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.

4.2.4 O(s) segurado(s) que se encontrar(em) **aposentado(s) por tempo de serviço**, será(ão) aceito(s) no seguro ora contratado com a VERA CRUZ, desde que o ESTIPULANTE faça o recolhimento do(s) respectivo(s) prêmio(s) mensal(is) do seguro, inclua-o(s) na relação de segurados transmitida mensalmente à VERA CRUZ e faça o devido repasse do(s) prêmio(s).

4.2.5 O(s) segurado(s) que se encontrar(em) **aposentado(s) por doença, não terão direito a cobertura securitária.**

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 Grupo transferido: Por ocasião da regulação dos sinistros, serão solicitadas propostas de adesão em poder da congênere ou cópia em poder do ESTIPULANTE, para fins de designação de beneficiários.

Na falta de indicação, será adotado a disposição do parágrafo primeiro.

5.2 Novas adesões: O segurado poderá indicar livremente o(s) seu(s) beneficiário(s), mediante o preenchimento da proposta de adesão fornecido pela VERA CRUZ.

5.3 Na falta de indicação de **beneficiários**, a **contraprestação securitária** será paga conforme os princípios estabelecidos pelos Arts. 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, que assim dispõe:

"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".

5.4 Ao segurado é lícito, em qualquer tempo, substituir qualquer beneficiário, mediante comunicação por escrito a VERA CRUZ, no formulário próprio, por intermédio do ESTIPULANTE. A alteração de beneficiário do segurado produzirá efeito a partir da data do recebimento, pela VERA CRUZ, da comunicação acima referida, com as formalidades indicadas devidamente atendidas.

6. COBERTURA BÁSICA

MORTE – Garante o pagamento de uma indenização, caso ocorra a morte do segurado qualquer que tenha sido a causa determinante. A VERA CRUZ pagará aos beneficiários indicados, a indenização correspondente ao valor do **capital básico segurado**, desde que não haja(m) débito(s) de parcela(s) de prêmio pendente(s), e desde que a morte não seja em decorrência de qualquer um dos fatores previstos na Cláusula de Riscos Não Cobertos, disposto nas Condições Gerais da apólice e suas especificações de coberturas.

7. COBERTURAS ADICIONAIS

7.1 INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE – Garante o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do **capital básico segurado**, caso o falecimento do Segurado tenha sido causado direta e exclusivamente por acidente coberto, **desde que o acidente não seja em decorrência de uma das causas previstas na Cláusula de Riscos Não Cobertos, disposto nas Condições Gerais da apólice e suas especificações de coberturas.**

7.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – Garante o pagamento de uma indenização proporcional **capital básico segurado** do próprio segurado **(vide tabela para cálculo de indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente prevista na especificação desta cobertura, definida pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados)**, limitada a 100% (cem por cento) desta, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada direta e exclusivamente por acidente, **desde que o acidente não seja em decorrência de uma das causas previstas na legislação de Seguro de Acidentes Pessoais e nas "Condições Gerais da apólice", como Riscos Não Cobertos.**

7.3 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA ANTECIPAÇÃO: Conforme **Anexo nº 002**.

8. GARANTIAS SUPLEMENTARES

8.1 INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES – Os cônjuges participarão do seguro de forma **automática** com capital correspondente a **50% (cinquenta por cento)** do respectivo **capital básico do segurado** principal, **somente nas coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Indenização Especial por Acidente (IEA).**

8.1.1 A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do componente principal. Desta forma, caso não ocorra a inclusão ou ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como componente principal, não haverá direito à Indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os percentuais do prêmio referentes à indevida inclusão de cônjuge. Nos casos em que o cônjuge pertence ao grupo segurado como componente principal, ocorrendo o sinistro, a indenização se fará pelo maior valor segurado (garantia básica).

8.2 INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – Os filhos participarão automaticamente do seguro como segurados dependentes, na cobertura básica (Morte) com **10% (dez por cento)** do **capital básico segurado** do principal, limitado a **R$ 5.000,00 (cinco mil reais).**

8.2.1 Consideram-se como filhos, para efeito desta cláusula, os filhos e enteados menores de 21 (vinte e um) anos, considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do IR (Imposto de Renda).

8.2.2 Quando ambos os pais forem segurados, os filhos serão segurados apenas uma vez, no seguro de maior capital (cobertura básica).

8.2.3 Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, limitado ao capital contratado, que deverão ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que poderão ser substituídas a critério desta VERA CRUZ, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
a) Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado.
b) Não estão cobertos as despesas com aquisição de terrenos, jazigos e/ou carneiros.

9. RISCOS EXCLUÍDOS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Estão **EXCLUÍDOS** da cobertura deste seguro, os eventos ocorridos de acordo com o que dispuser as Condições Gerais da apólice.

Nota: Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais ou contratuais do presente seguro fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à VERA CRUZ comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a

natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

10. CAPITAL BÁSICO SEGURADO

10.1 O **capital básico segurado** individual será escalonado, limitado a **R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).**

10.2 Não será permitida a concessão, a nenhum segurado, de capital que ultrapasse o limite de capital segurado ora estabelecido para a apólice.

11. TAXA MÉDIA MENSAL

A taxa média mensal será **2,31%o (por mil),** que aplicada sobre o **capital básico segurado** resulta no valor do prêmio mensal individual.

12. FORMA DE CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro será Contributário, ou seja, assumido integralmente pelo segurado.

13. SISTEMA DE FATURAMENTO

As faturas mensais serão emitidas através de troca de informações por meio magnético conforme layout definido de acordo com a legislação vigente, cujos dados são aqueles mencionados abaixo.

Dados que devem constar no arquivo:

- Nome completo do segurado
- Data de nascimento
- Capitais segurados
- Prêmio do seguro
- Sexo do segurado
- Estado Civil
- CPF e
- Número de matrícula do segurado ou de identificação no Estipulante.

13.1 Caso o relatório contendo a movimentação não seja enviado até a data estabelecida, fica desde já decidido e acordado que a VERA CRUZ irá emitir a fatura com base nas últimas informações enviadas para faturamento. Eventuais diferenças de inclusões e/ou exclusões de segurados e quaisquer outras alterações serão processadas no mês subseqüente.

13.2 Possíveis alterações referentes às inclusões, alterações e cancelamentos de segurados, serão considerados ou compensados no faturamento do mês seguinte.

13.3 O ESTIPULANTE deverá pagar no banco credenciado, até a data de vencimento constante na fatura emitida pela VERA CRUZ. **O não pagamento até a data de vencimento acarretará os seguintes ônus ao ESTIPULANTE**:

a) Correção monetária "pró rata temporis", do valor da fatura, calculada entre a data do vencimento e a do pagamento;
b) Multa de 1% (um por cento) ao mês, exigidos proporcionalmente ao atraso.

14. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas no presente contrato, são obrigações e responsabilidades do Estipulante:

I - fornecer à VERA CRUZ todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco (conforme disposições da clausula de "Aceitação de Segurados" destas condições contratuais) bem como previamente inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas;
II - manter a VERA CRUZ informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107/04;
V – Pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, conforme previsto na cláusula "Sistema de Faturamento", referente a fatura emitida pela VERA CRUZ;
VI - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;
VII - discriminar o nome da VERA CRUZ, nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela VERA CRUZ;
VIII - comunicar de imediato à VERA CRUZ, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
IX - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
X - comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
XI - fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
XII – Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

15. OBRIGAÇÕES DA VERA CRUZ

Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas no presente contrato, são obrigações e responsabilidades da VERA CRUZ:

I – Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na VERA CRUZ, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para liquidação do sinistro;

II – Informar por escrito o segurado a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do Estipulante;
III – Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo ESTIPULANTE;
IV – Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

16. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

Reconhecidas e comprovadas a ocorrência do evento e a cobertura, a VERA CRUZ efetuará o pagamento devido, dentro do prazo de 30 (trinta) dias, da data do recebimento da documentação completa, na seguradora.

16.1 O prazo previsto acima poderá ser suspenso caso a VERA CRUZ necessite de documentos adicionais, ou constate a falta dos documentos exigidos nesta apólice. Neste caso, o prazo somente poderá ser reaberto no dia subseqüente ao recebimento dos referidos documentos pela VERA CRUZ.

16.2 As coberturas de sinistro serão fornecidas através da análise das informações recebidas conforme citado na cláusula "**Sistema de Faturamento**"; sendo que não serão considerados, para fins de indenização valores não contratados na apólice e/ou aditivos ou de pessoas que não constem no banco de dados enviados para a emissão do faturamento, e que mantenham também a regularidade no pagamento do prêmio a partir da data da adesão do segurado.

17. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PAGAMENTO DO SINISTRO

Para a regulação e liquidação do sinistro, será necessária a apresentação da documentação constante das Condições Gerais da apólice.

17.1 A VERA CRUZ reserva-se o direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgue necessários para a regulação e liquidação do sinistro.

18. VIGÊNCIA E RESCISÃO DA APÓLICE

O prazo de vigência da Apólice será de **01 (um) ano,** sendo renovada automaticamente ao término do primeiro ano de vigência, por igual período, caso não haja expressa desistência por parte da VERA CRUZ ou do Estipulante da apólice**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data do aniversário da apólice**.

I - Após o primeiro período de renovação, a apólice não será mais renovada automaticamente, devendo as partes pactuarem expressamente, novo período de vigência, por força do disposto no Art. 774 do Código Civil, que assim dispõe:

"Art. 774. A recondução tácita do contrato pelo mesmo prazo, mediante expressa cláusula contratual, não poderá operar mais de uma vez."

18.1 A apólice terá seu início às 24 (vinte e quatro) horas do dia **31/07/2006** e seu término às 24 (vinte e quatro) horas do dia **31/07/2007**.

18.2 A apólice poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura individual garantida pelo certificado individual cessa para o segurado a partir do primeiro dia do mês subseqüente:

a. Ao cancelamento do certificado por solicitação do Estipulante e/ou da VERA CRUZ;
b. À cessação do vínculo existente entre o segurado e o Estipulante, vínculo este que justificou sua inclusão no grupo;
c. À manifestação do segurado, por escrito, do desejo de não mais continuar participando do seguro.
d. Em que o segurado deixar de pagar o prêmio ou de contribuir com a sua parte do prêmio, no caso de seguro contributário;
e. Da constatação, por parte do segurado, de fraude, tentativa de fraude, dolo ou tentativa de impedir qualquer investigação ou diligência com vistas à elucidação de quaisquer dados relativos a este seguro;
f. Em que haja inobservância das condições contratuais.

20. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

O capital básico segurado poderá ser alterado a qualquer época mediante solicitação por escrito do Estipulante e anuência expressa de três quartos do grupo segurado, com um prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência da vigência da alteração pleiteada e aceitação prévia da VERA CRUZ, gerando novo cálculo e reajuste nos prêmios.

21. REVISÃO ANUAL

Fica entendido e acordado que a VERA CRUZ/Corretor/Estipulante efetuará avaliações de resultados de forma anual (ou seja na renovação da apólice) e caso seja constatado desequilíbrio técnico, ou seja, se a apólice apresentar déficit nos resultados, a VERA CRUZ juntamente com o Corretor e Estipulante definirão uma nova condição a fim de encontrar o equilíbrio atuarial da apólice, a qual será acatada com a anuência expressa de três quartos do grupo segurado.

22. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As **coberturas contratadas** nesta apólice aplicam-se para os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

23. CORRETOR DE SEGUROS

O corretor oficial da apólice é a **UBIRATAN CORRETORA DE SEGUROS**.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se a estas Condições as cláusulas contidas nas Condições Gerais da apólice, cujo **Processo SUSEP nº 10.005288/99-11**, que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos aqui expressos.

Este seguro é por prazo determinado tendo a VERA CRUZ a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

25. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do SEGURADO(S) para dirimir quaisquer dúvidas ou controvérsias oriundas do presente CONTRATO.

VERA CRUZ VIDA E PREVIDENCIA S/A

Condições Gerais
Seguro de Vida em Grupo

1. OBJETIVO DO SEGURO

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

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

2.6. Cobertura: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

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

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

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

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

2.11. Doença ou Deficiência Preexistente: toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes

anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.1.1. MORTE

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

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

3.1.2. DECESSOS

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

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

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

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

3.1.2.4. COBERTURA ADICIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

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

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

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

3.1.2.5. ALCANCE DA COBERTURA

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

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

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

3.1.2.6. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

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

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

3.1.2.7. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

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

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

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

3.1.2.8. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

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

3.1.2.9. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

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

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

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

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

- se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município (Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que

deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.);
- irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:
- tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

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

3.1.2.10. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

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

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

3.2. COBERTURAS ADICIONAIS

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

3.3. COBERTURAS SUPLEMENTARES

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras

perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;

c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;

d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;

e) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;

f) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;

g) doenças, acidentes e lesões provocadas em estado de desequilíbrio mental pelo uso de álcool, drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos e substâncias tóxicas;

h) intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);

i) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre afitosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;

j) dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;

k) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1., estará também excluído da Cobertura de Decessos a conseqüência direta ou indireta da seguinte ocorrência:

a) cremação, em caso de falecimento, para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.

4.3. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. COBERTURA DE MORTE

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

5.2. COBERTURA DE DECESSOS

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

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

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

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

7. CARÊNCIA

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

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

8. FRANQUIA

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

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

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

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

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

9.5. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

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

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

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

11.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

12. CAPITAIS SEGURADOS

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

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

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

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

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

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

14.3. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

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

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

15.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1° (primeiro) dia subseqüente em que houver expediente bancário.

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

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

15.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 19 – Suspensão e Reabilitação do Seguro e 20 – Cancelamento da Apólice, destas condições gerais.

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

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

15.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – Reavaliação de Taxa - destas condições gerais.

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

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

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

17. REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

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

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

18.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e

- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

19. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

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

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

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

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 19 – Suspensão e Reabilitação do Seguro, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

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

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

20.4. A apólice poderá ser cancelada:

- por solicitação escrita do estipulante ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;

- se o estipulante não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

21.1. COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

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

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

21.2. COBERTURA DE DECESSOS

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

21.2.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- **RG e CPF do segurado (cópia autenticada);**
- **RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada); e**
- **notas Fiscais e Recibos das despesas com o funeral (original).**

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

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

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

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

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

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

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

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

21.5. Será 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 julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

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

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

22. PERDA DE DIREITOS

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

- **inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influído na aceitação ou taxação do seguro;**
- **não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;**
- **utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;**
- **fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- **tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;**
- **solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e**

24. SUB-ROGAÇÃO

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

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

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

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e conseqüente emissão de faturas, se couber;

b) manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;

e) pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios, se couber;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;

g) indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;

h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;

i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;

j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e

l) cumprir toda as cláusulas da presente apólice.

26. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

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

a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros

- **dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.**

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

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

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

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

23. BENEFICIÁRIOS

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

23.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

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

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

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

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

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

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

documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;

b) informar por escrito ao segurado o não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;

c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;

d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

27. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

27.2. Havendo qualquer modificação da apólice em vigor, que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados, não previsto nestas condições gerais, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

27.5. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

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

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

28. FORO

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

VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

MAPFRE SEGUROS

Condição Especial da Cobertura Adicional de Indenização Especial de Morte por Acidente

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), em caso de falecimento do segurado, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a "data do evento coberto" será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor, com a carência prevista de 2 (dois) anos;
b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de "acidente pessoal":
a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; e
b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):

a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

b) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;

c) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidente coberto;

d) envenenamento, ainda que acidental, por substâncias tóxicas, produtos químicos, drogas ou medicamentos, ou decorrente de intoxicação alimentar;

e) choque anafilático e suas conseqüências;

f) conseqüências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;

g) prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem; e

h) viagens em aeronaves ou embarcações:
- **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
- **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**

4. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

4.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições contratuais deste seguro.

4.2. Após o pagamento da indenização, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

5. PRÊMIO

5.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

6. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

6.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada; e

- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

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

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

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

7.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação de documentação solicitada nas condições gerais, e ainda os seguintes documentos:

- **Boletim de Ocorrência Policial;**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge); e**
- **Laudo Necroscópico do IML.**

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

7.7. Será 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 julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

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

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

8. DISPOSIÇÃO FINAL

8.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

MAPFRE SEGUROS

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a "data do evento coberto" será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

2. DEFINIÇÃO

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como conseqüência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:
a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de "acidente pessoal":
a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de "invalidez por acidente pessoal".

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

b) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

c) os acidentes ocorridos em conseqüência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;

d) viagens em aeronaves ou embarcações:
- **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
- **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
- **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**

e) o parto ou aborto e suas conseqüências;

f) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico;

g) o choque anafilático e suas conseqüências;

h) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;

i) os acidentes médicos;

j) as conseqüências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;

k) perturbações mentais, nervosas e emocionais;

l) as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, Problemas Auditivos e outros;

m) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores; e

n) perda de dentes ou danos estéticos.

4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta

médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

4.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.

4.3. Na falta de indicação do porcentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinqüenta) e 25% (vinte e cinco por cento) respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial.

4.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os porcentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

4.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, caso houvesse a perda completa desse membro.

4.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações.

4.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já deficiente antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

4.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

4.9. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

4.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

4.11. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários

do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

4.12. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total ou parcial por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.13. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito à indenização por invalidez permanente.

4.14. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em conseqüência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

5. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

5.1. O início e término de vigência desta cobertura serão de acordo com o definido nas condições gerais e no contrato deste seguro.

5.2. Após o pagamento da indenização de invalidez permanente total por acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice, bem como os segurados que participem por meio de inclusão de cônjuge e/ou filhos.

6. PRÊMIO

6.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA ADICIONAL

7.1. Esta cobertura adicional cessará:

- simultânea e obrigatoriamente no cancelamento ou na não renovação da apólice à qual está vinculada; e
- a pedido do estipulante do seguro, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência contados do aniversário da apólice.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

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

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

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

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

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

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

- **comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **copia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);**
- **exame de Corpo Delito, quando indicado;**
- **cópia do RG e CPF do segurado;**
- **cópia do Registro de Empregado;**
- **comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;**
- **cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);**
- **no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e**
- **relatório médico contendo as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.**

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

8.7. Será 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 julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

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

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

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1. No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

9.2. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

9.3. Os casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final desta condição especial serão pagos com base em literatura mundial.

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1° (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores: - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros - Menos de 3 (três) centímetros: sem	 15 10 6

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinqüenta por cento)	15
- mais de 50% (cinqüenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinqüenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Perda do baço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

MAPFRE SEGUROS

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Antecipação

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – Riscos Cobertos - desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.4. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.5. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.6. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.7. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.8. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.9. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

2.10. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.11. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.12. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.13. Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

2.14. Etiologia: causa de cada doença.

2.15. Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.16. Hígido: saudável.

2.17. Médico Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.18. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.19. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.20. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.21. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

2.22. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.23. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

2.24. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

3.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 9 – Liquidação de Sinistros.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se "risco coberto" a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
a)doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) doenças neoplásicas malignas ativas sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;

e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual decorrente de:

- cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; e
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e

i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1° (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.5. Para a classificação no 2° (segundo) ou no 3° (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) invalidez laborativa permanente total por doença (assim entendida aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua contratação) para o exercício da atividade laborativa exercida pelo segurado;

c) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

d) doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento pregresso;

e) doenças agravadas por traumatismos;

f) doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou a exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;

g) quadros clínicos incapacitantes com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do segurado;

h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos; e

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

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Antecipação

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente.

10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

10.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

10.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – Riscos Cobertos.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;
b) relatório do médico-assistente do segurado:

- **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
- **Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.**

c) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

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

10.8. Será 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 julgue necessários para a apuração do sinistro. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

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

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

10.11. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

11.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Condição Especial da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Antecipação

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

12.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá 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.

13.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as demais disposições contidas nas condições contratuais do seguro.

MAPFRE SEGUROS

Condição Especial da Cobertura Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Por esta cobertura suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.

1.3. O cônjuge poderá também participar das coberturas adicionais mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

2.1. Entende-se como "cônjuge", o(a) companheiro(a) dos segurados, solteiros, viúvos, separados judicialmente ou divorciados, desde que tal condição esteja reconhecida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) ou pelo Regulamento do Imposto de Renda.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.

3.2. Equiparam-se ao cônjuge os(as) companheiros(as) dos segurados, desde que haja concordância com a anotação feita na respectiva Carteira Profissional de Trabalho.

3.3. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrado(as) de acordo com regulamentação própria.

3.4. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra à inclusão, ou caso ocorra à inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INDEVIDA INCLUSÃO DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- na data do início da garantia do risco individual do segurado; e

Condição Especial IAC
Versão 1 – 30.06.2006
Processo SUSEP nº 10.005288/99-11

- na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado, ou ainda sua Invalidez Permanente Total por Acidente ou da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- na ocorrência de separação judicial ou divórcio;
- no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e

- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

MAPFRE SEGUROS

Condição Especial da Cobertura Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado durante a vigência do seguro em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.

1.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

2.1. Consideram-se como "filhos" os filhos e enteados menores considerados dependentes do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR).

2.2. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.

3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluso no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto nos riscos excluídos das condições contratuais da apólice.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- na data do início da garantia do risco individual do segurado; e
- na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

Condição Especial IAF
Versão 1 – 30.06.2006
Processo SUSEP nº 10.005288/99-11

Condição Especial da Cobertura Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

6. TÉRMINO DO SEGURO DO(S) FILHO(S)

6.1. O seguro terminará:

- com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- com o término do seguro do segurado;
- com a morte do segurado ou do cônjuge, com sua Invalidez Permanente Total por Acidente ou com da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença; e/ou
- a pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado da cobertura básica de morte do(s) filho(s) não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea será paga aos herdeiros legais.

10. CESSAÇÃO DA COBERTURA SUPLEMENTAR

10.1. Esta Cobertura Suplementar cessará:

- facultativamente no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito, com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro.

Condição Especial da Cobertura Suplementar de Inclusão Automática de Filhos

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições contratuais da presente apólice.

CONSULTA Nº: 656.385

NÚMERO NOVO: 656385

DATA SESSÃO: 12/03/2003

AUTOR: PREFEITURA MUNICIPAL DE OLIVEIRA FORTES

RELATOR: CONSELHEIRO EDUARDO CARONE

INDEXAÇÃO: MUNICÍPIO, PAGAMENTO, CONTRATAÇÃO, SEGURO DE VIDA, SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL, BENEFÍCIO, SAÚDE, OBSERVAÇÃO, LEI MUNICIPAL, CONCESSÃO, VANTAGENS, DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA, PREVISÃO, LEI, LICITAÇÃO, INDEPENDÊNCIA, REGIME JURÍDICO, PREVIDÊNCIA SOCIAL, ATIVIDADE ESPECIAL, RISCOS, EMENDA CONSTITUCIONAL FEDERAL 20 - 98

EMENTA: MUNICÍPIO. PAGAMENTO DE SEGURO DE VIDA PARA SEUS SERVIDORES COMO BENEFÍCIO EXTRAORDINÁRIO. IMPOSSIBILIDADE, EXCETO, EM SITUAÇÃO ESPECIAL QUE ENVOLVA RISCO À INTEGRIDADE FÍSICA DO SERVIDOR E QUE A DESPESA SEJA PRECEDIDA DE AUTORIZAÇÃO LEGAL E DE PRÉVIA LICITAÇÃO.

DATA SESSÃO 1: 14/05/2003

PRECEDENTES: CONSULTAS NºS 411.822, 22.379-4/91; 9566-7/93; 125.848-6/93

LEGISLAÇÃO: LF 8666/93; CF/88, ARTS. 18, 40, § 12, 195, 201, I e V; ECF 20/98, AC 228775-3/00 (MG 28.06.02); CO TCU 020.963/92-0 (DOU 16.06.93); AT 18/89 TCU (SESSÃO 03.05.89)

ÍNTEGRA DO TEXTO:

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

SESSÃO DO DIA 12.03.03

ASSUNTO:CONSULTA Nº 656.385, FORMULADA PELO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA FORTES, SR. ILÁRIO APARECIDO LACERDA, SOBRE O PAGAMENTO DE SEGURO DE VIDA A SERVIDORES, INDEPENDENTEMENTE DO REGIME PREVIDENCIÁRIO

RELATOR:CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA

CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA:

I - DO RELATÓRIO

Cuidam os presentes autos da Consulta subscrita pelo Prefeito do Município de Oliveira Fortes, Sr. Ilário Aparecido Lacerda, por meio da qual solicita esclarecimento desta Corte de Contas acerca do pagamento de seguro de vida a servidores municipais como benefício extraordinário, independentemente do regime previdenciário.

A douta Auditoria, em preliminar, entende que a parte é legítima e a matéria de competência desta Corte de Contas, que já se pronunciou sobre o tema nas consultas de números 411822, 22379-4/91, 95676-7/93 e 125848-6/93, formuladas, respectivamente, pelo prefeito de Arcos, prefeito de Leopoldina, deputada estadual Maria Olívia e pelo prefeito de Monte Carmelo, documentos de fls. 08 a 18.

É o relatório.

II - DA PRELIMINAR

Do exame dos pressupostos de conhecimento, verifica-se que a Autoridade Consulente tem legitimidade, nos termos da alínea "a" do inciso X do art. 7º da Resolução TC 10/96 (RITCMG).

Quanto à matéria, verifica-se que é afeta à competência do eg. Tribunal de Contas, dada a sua repercussão

financeira e orçamentária; tanto é verdade que o Plenário já a examinou em várias oportunidades, como salientou a douta Auditoria.

Assim sendo, em preliminar, conheço, em tese, da presente Consulta.

(OS DEMAIS CONSELHEIROS MANIFESTARAM-SE DE ACORDO COM O RELATOR.)

CONSELHEIRO PRESIDENTE SIMÃO PEDRO TOLEDO:

ACOLHIDA A PRELIMINAR, POR UNANIMIDADE.

CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA:

III – DO MÉRITO

Como ressaltado pela douta Auditoria, e consoante se vê das notas taquigráficas anexadas aos autos, fls. 08 a 18, a matéria em tela já foi apreciada pelo eg. Tribunal de Contas, em mais de uma oportunidade.

O entendimento consubstanciado nas manifestações desta Corte é no sentido de que a contratação de seguro de vida para servidores municipais com recursos públicos requer a observância dos seguintes requisitos: **a)** existência de lei municipal autorizativa; **b)** dotação orçamentária específica, para suportar as respectivas despesas; **c)** previsão na lei de diretrizes orçamentárias; **d)** observância do prévio procedimento licitatório na contratação da Seguradora, com base na Lei nº 8666/93; **e)** o benefício seja de caráter amplo e geral, alcançando todos os servidores, sob pena de ocorrer tratamento desigual, com o favorecimento de uns em detrimento de outros, o que fere o princípio constitucional da igualdade.

Em que pese a referida orientação desta Corte, firmada quando eu ainda não integrava este Plenário, tenho entendimento diverso sobre a matéria, pois, a meu juízo, e com as vênias de estilo, a questão não foi examinada sob todos os seus aspectos, conforme passo a demonstrar.

A Constituição da República de 1988, art. 201, incisos I e V, com as alterações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 20/98, prescreve que a previdência social atenderá, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada (inciso I) e pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (inciso V).

Essas coberturas são ínsitas a qualquer regime de previdência social, mesmo ao regime próprio do servidor público titular de cargo efetivo, o que, a propósito, está prescrito textualmente no parágrafo 12 do art. 40 da vigente Carta Magna Federal, dispositivo acrescido ao texto constitucional pela referida Emenda.

E, como é sabido, os regimes de previdência social, seja o geral ou aquele específico dos servidores titulares de cargo efetivo, são contributivos, e devem observar critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema, para a garantia perene das prestações que lhe são próprias.

Ou seja, os recursos para fazer face ao custeio das prestações típicas devidas pelo regime de previdência aos seus segurados, ou aos dependentes destes, conforme o caso, advêm, em sua maioria, da contribuição mensal dos servidores e dos respectivos empregadores, tudo consoante se depreende das disposições do "*caput*" do art. 40, do art. 195 e do "*caput*" do art. 201, todos da Carta Magna Federal de 1988.

Isso quer dizer, no caso específico sob exame, que o Município já é obrigado, nos termos da Constituição, a contribuir para o regime de previdência ao qual seus servidores estejam filiados, que, por sua vez, deve fazer, entre outros, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada, bem como o pagamento de pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes.

Nessa esteira, a realização de despesa pública, pelo Município, para o custeio de seguro de vida para seus servidores, mesmo observadas aquelas condicionantes estabelecidas na referida orientação desta Corte, configura, *"data venia"*, a concessão de duplo benefício.

A meu ver, isso arrosta o princípio da legalidade, pois o ente público estará criando despesa em duplicidade para a mesma finalidade, em última *"ratio"*, isto é, contribuirá para o regime de previdência dos servidores, que deve cobrir, entre outros, o evento morte, e, ainda, arcará com o pagamento de prêmio de seguro de vida para esses mesmos servidores, cuja cobertura contratada (morte), como visto, já é feita pelo regime de previdência.

Por outro lado, examinando a questão sob a ótica da impessoalidade, da moralidade, da economicidade, da eficiência, da razoabilidade e da finalidade, o óbice à concessão do benefícios em questão se potencializa e se torna ainda mais intransponível, senão vejamos.

Em rigor, o seguro de vida em causa beneficiaria somente os servidores municipais, em detrimento dos demais munícipes, que, quando muito, contam apenas com as prestações ou benefícios do regime geral de previdência social.

Sem sombra de dúvida, a concessão dessa vantagem aos servidores municipais, mesmo que autorizada por lei local, caracterizará privilégio, pois o fim primário para a realização de todo e qualquer gasto à custa do erário, o interesse público ou da coletividade, não seria alcançado, por mais que se tente justificar o ato.

E mais: se ocorrer a concessão do benefício em causa, haverá a geração de dispensável despesa pública, cujos recursos financeiros correspondentes deveriam ter sido empregados nos programas institucionais próprios e essencias da municipalidade, o que afronta os princípios da economicidade, da eficiência e da razoabilidade.

É que os servidores municipais já recebem vencimentos estipulados em lei, retribuição pecuniária devida a eles pelo exercício das funções de seus respectivos cargos ou pelos serviços prestados à Administração Pública. Dessa forma, e se não se sentirem satisfeitos com a cobertura já propiciada pelo seu regime de previdência, eles têm meios de contratar seguro de vida particular às suas expensas.

Por todo o exposto, e após ter examinado a questão suscitada na inicial à luz dos princípios básicos norteadores da Administração Pública, é forçosa a conclusão de que o Poder Público **não** pode arcar com o pagamento de prêmio de seguro de vida para seus servidores, como benefício mensal extra.

É assim que voto, Sr. Presidente.

CONSELHEIRO ELMO BRAZ:

Voto de acordo com o Conselheiro Relator,

CONSELHEIRO MOURA E CASTRO:

Sr. Presidente, foca o Relator matéria diferente do que já se julgou nesta Corte. Por isso vou pedir vista dos autos.

CONSELHEIRO PRESIDENTE SIMÃO PEDRO TOLEDO:

CONCEDIDA VISTA AO CONSELHEIRO MOURA E CASTRO.

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

SESSÃO DO DIA 14.05.03

ASSUNTO:CONSULTA Nº 656385, FORMULADA PELO PREFEITO DO MUNICÍPIO DE OLIVEIRA FORTES, SR. ILÁRIO APARECIDO LACERDA, SOBRE O PAGAMENTO DE SEGURO DE VIDA A SERVIDORES, INDEPENDENTEMENTE DO REGIME PREVIDENCIÁRIO

RELATOR:CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA

CONSELHEIRO MOURA E CASTRO:

I — RELATÓRIO

O Prefeito Ilário Aparecido Lacerda, do Município de Oliveira Fortes, indaga sobre a possibilidade de "*proporcionar aos seus servidores seguro de vida, como um benefício extraordinário, independente do regime previdenciário*".

Na Sessão Plenária de 12.03.2003, o Exmº Conselheiro Eduardo Carone, na qualidade de relator, concluiu "*que o Poder Público **não** pode arcar com o pagamento de prêmio de seguro de vida para seus servidores,*

como benefício mensal extra".

O Conselheiro Elmo Braz, único a votar, acompanhou o entendimento da relatoria.

II — FUNDAMENTOS

Definitivamente, não resta dúvida, a atual Constituição da República consagra, no art. 18, a autonomia político-administrativo-organizacional dos municípios.

Assim, em razão dessa autonomia e das finanças locais, podem os municípios ampliar ou restringir a efetividade dos interesses peculiares de sua população, mas não estão autorizados a subsidiar despesas estranhas ao seu orçamento.

Em verdade, este Tribunal, ao responder as consultas 411822, 22379-4, 95676-7 e 125848-6, relatadas, respectivamente, pelos Conselheiros Fued Dib, Nilson Gontijo, Nelson Cunha e Luiz Baccarini, entendeu ser possível a instituição de tal benefício.

A respeito dessas consultas, reitero que, na de nº 95676-7, manifestei-me contrário à possibilidade de o município instituir, às suas expensas, para todos os servidores, seguro de vida em grupo.

Aliás, em que pese ao cunho social do objeto da consulta, há muito venho sustentando a tese de ser ilegítima qualquer despesa suportada pelo erário que vise a complementar as garantias previstas no art. 201 da nossa Lei Maior, que prevê, dentre outras proteções, a cobertura, pela Previdência Social, dos eventos relacionados a doença, invalidez, morte e idade avançada.

Nessa mesma linha de pensamento, descortinei recente acórdão do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, cuja ementa se encontra assim talhada:

> *"Prefeito Municipal. Contratação de seguro de vida para os servidores da Prefeitura. Desnecessidade, posto que já amparados estes pela Previdência Social. Ausência de autorização legal para a contratação efetivada. Prejuízo aos cofres municipais. Ressarcimento devido."* (3ª T/TJMG. Apelação Cível nº 228775-3/00. Relator Des. Isalino Lisbôa. Acórdão de 13.06.2002, *in* 'MG' de 28.06.2002).

Também o Tribunal de Contas da União, ao apreciar a consulta TC 020.963/92-0, do Conselho Federal de Medicina Veterinária, acerca da viabilidade da contratação de seguro de vida temporário para Diretores, Assessores ou outras pessoas designadas pela Autarquia, respondeu, por meio da Decisão Plenária 226/93, publicada no D.O.U. de 16.06.1993, que é vedada a aplicação do produto da arrecadação das anuidades, taxas e emolumentos de sua competência para custeio de despesas não relacionadas diretamente com a sua atribuição fiscalizatória salvo autorização especial.

Assim, nos termos do Anexo VIII da Ata nº 19/89, TCU-Plenário, Sessão Ordinária de 03.05.1989, o pagamento de seguro de vida a servidores é irregular, à falta do amparo legal para custeá-lo com recursos públicos.

A par disso, afirmo, em nome dos princípios da legalidade, da moralidade, da economicidade, da indisponibilidade e sobretudo o da impessoalidade, que a Administração Pública tem o dever de buscar, sempre, o interesse público, nunca o individual de determinada classe, sob pena de afrontar o ordenamento constitucional.

Todavia penso que vai ao encontro dos citados princípios constitucionais a contratação de seguro de vida para os servidores que desenvolvem atividades sob condições especiais que coloquem em risco a sua integridade física, desde que a despesa seja precedida de autorização legal e de prévia licitação.

Assim, encontra-se fora da vedação anteriormente defendida o seguro contra acidentes no exercício de cargos, empregos ou funções públicas que envolvam manejo, guarda ou transporte de materiais, dinheiro e valores que possam colocar em risco a integridade física do servidor. Também incluo nesse grupo o funcionário em viagem a serviço.

É que, se o perigo é inerente ao desempenho do serviço, e, sendo ele mais possível do que provável, pode a Administração, às suas expensas, assumir o valor do prêmio da apólice do seguro de vida, pois ao servidor não é dado correr o risco da atividade laborativa, que é responsabilidade do empregador.

III – CONCLUSÃO

Em conclusão, tenho por respondida esta consulta e peço vênia ao nobre Relator Eduardo Carone para acrescer ao seu voto a ressalva acima expendida. No mais, acompanho o seu entendimento sobre a matéria.

CONSELHEIRO MURTA LAGES:

Voto de acordo com o Relator e com o acréscimo.

CONSELHEIRO EDSON ARGER:

Voto de acordo com o Conselheiro Relator e com o acréscimo.

CONSELHEIRO JOSÉ FERRAZ:

Também voto de acordo com o Conselheiro Relator e com o acréscimo.

CONSELHEIRO PRESIDENTE SIMÃO PEDRO TOLEDO:

Conselheiro Relator, V. Ex.ª aceita o acréscimo?

CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA:

O Conselheiro Moura e Castro excepcionaliza um serviço que gera um risco; uma situação especial, não é?

CONSELHEIRO MOURA E CASTRO:

Excepcionalizo a atividade de risco. É excepcionalíssimo, não é?

CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA:

Bom, se há uma situação especial, vai ao encontro do princípio da moralidade. O poder público não pode solicitar de quem lhe presta serviços um esforço que ele, de antemão, sabe que não será coberto, necessariamente, pelo seguro geral. Então, é razoável, é justo, é ético, moral, portanto, que ele complemente a seguridade.

A tese desenvolvida pelo Conselheiro Moura e Castro, como S. Ex.ª bem disse, acolhe a razão por mim apresentada, tendo em vista que tratei de uma situação geral, no sentido de que em situação normal não é possível ... (interrompido)

CONSELHEIRO MOURA E CASTRO:

Nisso, acompanho o voto de V. Exa.

CONSELHEIRO EDUARDO CARONE COSTA:

V. Ex.ª trata de uma questão excepcional. Por isso acolho o adendo.

Tratei da questão geral e disse, no meu voto, que não é possível que existam dois seguros para o mesmo fim: o da seguridade social e mais esse, que seria um privilégio em relação aos demais munícipes. Estou de pleno acordo com esse acréscimo, que visa a tratar uma situação especial.

CONSELHEIRO ELMO BRAZ:

Mantenho meu voto e estou de pleno acordo com o adendo do nobre Conselheiro Moura e Castro.

CONSELHEIRO PRESIDENTE SIMÃO PEDRO TOLEDO:

APROVADO, POR UNANIMIDADE, O VOTO DO CONSELHEIRO RELATOR, COM O ACRÉSCIMO PROPOSTO PELO CONSELHEIRO MOURA E CASTRO.

Número do processo: 1.0000.00.228775-3/000(1)

Relator: ISALINO LISBÔA

Relator do Acordão: ISALINO LISBÔA

Data do acordão: 13/06/2002

Data da publicação: 28/06/2002

Inteiro Teor:

EMENTA: **PREFEITO** MUNICIPAL. CONTRATAÇÃO DE **SEGURO** DE **VIDA** PARA OS **SERVIDORES** DA PREFEITURA. DESNECESSIDADE, POSTO QUE JÁ AMPARADOS ESTES PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL. AUSÊNCIA DE AUTORIZAÇÃO LEGAL PARA A CONTRATAÇÃO EFETIVADA. PREJUÍZO AOS COFRES **MUNICIPAIS**. RESSARCIMENTO DEVIDO. VALOR DA CONDENAÇÃO. REDUÇÃO NECESSÁRIA. VALOR LANÇADO, EQUIVOCADAMENTE, NA CONTA ELABORADA PELO TRIBUNAL DE CONTAS, NO QUE CONCERNE AO PAGAMENTO DA NOTA DE EMPENHO Nº 212. APELO PARCIALMENTE PROVIDO.

APELAÇÃO CÍVEL Nº 000.228.775-3/00 - COMARCA DE CARANDAÍ - APELANTE(S): WALDEMAR BERTOLIN, EX **PREFEITO** MUN. CARANDAÍ - APELADO(S): MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DE MINAS GERAIS, PJ COMARCA CARANDAÍ - RELATOR: EXMO. SR. DES. ISALINO LISBÔA

ACÓRDÃO

Vistos etc., acorda, em Turma, a TERCEIRA CÂMARA CÍVEL do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, incorporando neste o relatório de fls., na conformidade da ata dos julgamentos e das notas taquigráficas, à unanimidade de votos, EM REJEITAR PRELIMINAR E DAR PROVIMENTO PARCIAL.

Belo Horizonte, 13 de junho de 2002.

DES. ISALINO LISBÔA - Relator

NOTAS TAQUIGRÁFICAS

O SR. DES. ISALINO LISBÔA:

VOTO

Conheço da apelação.

Cuida-se de Ação Civil Pública julgada parcialmente procedente, quanto ao seu pedido, em grau primeiro, para condenar Waldemar Bertolin a ressarcir ao Município de Carandaí as despesas irregularmente feitas com a contratação de **SEGURO** de **VIDA** em favor dos **SERVIDORES**, sem autorização legal, no valor total de Cr$ 285.775,92, conforme demonstrativo (fls. 14), devendo tal importância ser corrigida monetariamente, a partir de cada desembolso, e acrescida de juros de 1% ao mês, até o efetivo pagamento.

Em suas razões recursais, argüi, o apelante, preliminarmente, a ocorrência da prescrição qüinqüenal.

Improcede a argüição formulada, porquanto a presente ação, objetivou, tão-somente, a reparação de prejuízo causado ao erário público, pelo que, não há que se falar em prescrição, na medida em que imprescritíveis são as ações de ressarcimento, nos termos do preceito contido no § 5º, do artigo 37, da Magna Carta.

Rejeito, pois, a prefacial suscitada.

Respeitante ao meritum causae, verifico que o recorrente, quando **PREFEITO** Municipal de Carandaí, contratou com as empresas Sul América e Minas Brasil seguros de **VIDA**, em prol dos **SERVIDORES** da Prefeitura, sem qualquer necessidade, posto que já se encontravam estes amparados pela previdência social, uma vez que contribuíam para o IPSEMG e para o IAPAS.

Lado outro, ilegais se revelavam as despesas realizadas com o pagamento do **SEGURO** aludido, face à inexistência de autorização legislativa para tanto.

Conforme cediço, à Administração não é dado inobservar o princípio da legalidade, pois a este deve obediência, por determinação constitucional (art. 37, caput, da CF), o que significa dizer que a eficácia de toda atividade administrativa está condicionada ao atendimento da lei.

Acerca do tema, pontifica Edimur Ferreira de Faria:

"A Administração, sujeita que está ao princípio da legalidade, não tem o poder ou a competência para praticar atos em desconformidade com a lei. Dessa forma, a sua vontade ou a de seu agente é a lei. O administrador público, agindo nessa condição, não deve ter vontade própria, nem quando atuar no exercício da faculdade discricionária. A manifestação da vontade do agente deve espelhar a vontade estatal". (inCurso de Direito Administrativo Positivo, Del Rey, 1997, pág. 70)

No mais, esclarecedor foi o parecer do ilustre Procurador de Justiça, Dr. Almir Alves Moreira, no sentido de:

"Destarte, as despesas realizadas com o pagamento do **SEGURO** não podem ser suportadas pelo Município, principalmente porque o prejuízo é inquestionável. O fato de seus segurados terem morrido na vigência dos contratos, impondo o pagamento de prêmio pela Seguradora, não proporcionou vantagem alguma para o Município, pois, mesmo que inexistisse o **SEGURO**, nenhum ônus acarretaria ao erário, tendo em vista que os prêmios foram pagos em decorrência de morte natural (fls. 3318/3324 - TJ), que não gera responsabilidade civil ao empregador.

A propósito, os documentos de fls. 3318/3324 - TJ não provam que os pagamentos estão relacionados aos contratos de **SEGURO** firmados pelo Município. Não provam sequer que os segurados ali identificados eram **SERVIDORES** públicos **MUNICIPAIS**."

O que se tem, por certo, no caso, é que a utilização de dinheiro público, por parte do apelante, para a contratação de **SEGURO** de **VIDA** para os **SERVIDORES**, sem autorização legal, veio de lesionar os cofres **MUNICIPAIS**, impondo-se, àquele, portanto, a reparação do prejuízo causado.

Por derradeiro, penso proceder a irresignação recursal, no que concerne ao pagamento da nota de empenho nº 212 (fls. 3161/3163 - TJ), cujo valor foi de NCz$ 10.000,00, e não, NCz$ 100.000,00 conforme consignado na conta elaborada pelo Tribunal de Contas, erroneamente. (fls. 14 - TJ)

"Esse é o único ponto favorável ao recorrente, pois, no que se refere à alegação de que inexiste documento comprobatório da defesa no valor de Cr$ 3.022,00, houve possível má- fé, haja vista que os respectivos documentos estão juntados às fls. 1571/1572 - TJ," como bem acentuou o parquet, em sua já referida manifestação.

Frente ao deduzido, provejo parcialmente o apelo, para reduzir da condenação o valor lançado, por equívoco, no cálculo em que se fundou o decisum, nos moldes acima demonstrados.

Custas, ex lege.

O SR. DES. ALOYSIO NOGUEIRA:

VOTO

De acordo.

O SR. DES. LUCAS SÁVIO V. GOMES:

VOTO

De acordo.

SÚMULA : REJEITARAM PRELIMINAR. DERAM PROVIMENTO PARCIAL.

MAPFRE SEGUROS

VIDA EM GRUPO

APOLICE COLETIVA

APÓLICE Nº (PRODUTO/AGÊNCIA/SEQUÊNCIA/REN.) ENDOSSO	ÍTEM	Número da Proposta	VIGÊNCIA Início às 24 horas do dia
930/3008/0000068/01			31/07/2006
RENOVA A APÓLICE Nº		Data da Proposta	Término às 24 horas do dia

SEGURADORA / CORRETOR

AGÊNCIA *RIO DE JANEIRO* CNPJ: *54.484.753/0008-15*
ENDEREÇO *AV MARECHAL FLORIANO, 19 SALA 1202* TEL.
CORRETOR *UBIRATAN CORRETORA DE SEGUROS* 5(CÓDIGO *167711* TEL. *0011 0000000*

SEGURADO / *ESTIPULANTE*

NOME *PREF.MUN.CONSELHEIRO LAFAIETE* CPF/CNPJ: *19.718.360/0001-51*
ENDEREÇO *AV.PREF.MARIO PEREIRA,10*
CIDADE *CONSELHEIRO LAFAIETE* BAIRRO *CONSELHEIRO LAFAIETE*
CEP *36400-000* ESTADO *MG*

ESTIPULANTE

NOME *PREF.MUN.CONSELHEIRO LAFAIETE*
ENDEREÇO *AV.PREF.MARIO PEREIRA,10* CEP *36400-000*

DADOS DO RISCO / COBERTURAS / IMPORTÂNCIAS SEGURADAS

A PRESENTE APOLICE OBRIGA-SE A INDENIZAR, NOS TERMOS E SOB AS CONDICOES ESPECIAIS ANEXAS, AS CONSEQUENCIAS DOS RISCOS ABAIXO DISCRIMINADOS, DE ACORDO COM AS SEGUINTES ESPECIFICACOES:

GARANTIA BASICA: Morte por Qualquer Causa

GARANTIAS ADICIONAIS/CLAUSULAS SUPLEMENTARES INTEGRANTES A APOLICE

- *Indenizacao Especial por Acidente*
- *Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente*
- *Inv. Func. Perm. e Tot. por Doenca - Antecipacao*
- *Inclusao Automatica de Conjuge*
- *Inclusao Automatica de Filhos*

DEMONSTRATIVO DE PRÊMIO

	MOEDA	INDEXADOR
Prêmio Líquido		
Adicional		
Custo		
Encargos		
IOF		
Prêmio Total		

VENCIMENTO DAS PARCELAS

DATA	VALOR

PAGAMENTO DO PRÊMIO

FORMA	CONDIÇÕES / MOEDA
	Nº de Parcelas Vencto da 1ª Valor da 1ª

VERA CRUZ Vida e Previdência S/A., baseando-se nas informações constantes da proposta formulada pelo segurado, a qual fica fazendo parte integrante do contrato de seguro, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as condições insertas nos seus anexos, que também fazem parte do contrato, em especial nas Condições Gerais acima mencionada, as consequências dos eventos discriminados e caracterizados como cobertos, até o limite da importância segurada. Qualquer indenização por sinistro, somente será devida se o prêmio ou parcela, tiver sido pago até seu vencimento.

Em testemunho do que a VERA CRUZ Vida e Previdência S/A., neste ato assistida por seus representantes legais, assinam esta Apólice ou Endosso, na Cidade de:

RIO DE JANEIRO
11/09/2006

VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.: CAIXA POSTAL 60532 - CEP 05804-970 - SÃO PAULO - SP-CNPJ :54.484.753/0001-49
home page: www.veracruzprev.com.br

COD.UGE - 030 - 600.000 Fls. - 05/06 - 3160936

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA APÓLICE DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO N.º 930.3008.0000068.01

VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, com sede na Av. Nações Unidas, 11.711, Brooklin, São Paulo, SP, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 54.484.753/0001-49, neste ato representada na forma de seu estatuto social, a seguir denominada simplesmente **VERA CRUZ,** e de outro lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE,** com sede na Av. Pref. Mario Pereira, nº 10 - Conselheiro Lafaiete/MG - CEP: 36400-000, regularmente inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 19.718.360/0001-51, neste ato representado na forma de seu contrato social, a seguir denominado simplesmente **ESTIPULANTE,** têm entre si, justo e acordado, nos termos da legislação vigente, a presente Apólice de Seguro de Vida em Grupo, contratado com base nas **CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO – PROCESSO SUSEP N.º. 10.005288/99-11** (Anexo deste Contrato), bem como mediante as seguintes cláusulas e condições adiante estipuladas:

1. OBJETO DO SEGURO

Este seguro tem por objeto o pagamento do capital contratado ao(s) segurado(s)/beneficiário(s), caso ocorra o evento coberto, observadas as condições contratuais.

2. GRUPO SEGURÁVEL

Conforme disposto na proposta, parte integrante destas condições contratuais, poderão ser segurados, os proponentes que mantenham vínculo com o Estipulante **da apólice em transferência**, desde que se encontrem em boas condições de saúde e no pleno exercício de suas atividades normais, por ocasião do início de vigência da apólice na VERA CRUZ e constem do Banco de Dados enviado para implantação, considerando-se sobretudo as disposições constantes no **item 4** destas condições.

3. GRUPO SEGURADO

O grupo segurado será composto pelo conjunto de proponentes do grupo segurável, que tenham atendido às condições de elegibilidade ao seguro.

4. ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

4.1 Na transferência: serão aceitos todos os proponentes já segurados na apólice anterior da congênere e informados a VERA CRUZ para implantação e base de estudo, desde que estejam em boas condições de saúde e no pleno exercício de suas atividades normais.

4.2 Novas Adesões: Após a implantação da apólice na VERA CRUZ, os novos proponentes somente serão aceitos, desde que estejam em boas condições de saúde, no pleno exercício de suas atividades normais, respeitando o limite máximo de 65 (sessenta e cinco) anos de idade, e sendo obrigatório o preenchimento e assinatura, de próprio punho da proposta de adesão e da Declaração de Saúde e Atividade, para fins de análise e aceitação da VERA CRUZ.

4.2.1 O simples preenchimento e assinatura da proposta de adesão, não caracteriza aceitação tácita do seguro por parte da VERA CRUZ, que terá o prazo de 15 (quinze) dias contados a

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

JUSTIFICATIVA

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Excelentíssimos Senhores Vereadores:

Justifica-se o anexo projeto de lei, por se tratar de regularização de um benefício que vem sendo concedido há tempos ao servidor municipal.

Cabe à Egrégia Câmara Municipal regularizar o benefício em lei.

Desta forma, busca-se um ato de reconhecimento, aos servidores, que no momento de fragilidade de sua vida laboral, pelo afastamento previdenciário (benefício-doença, acidente do trabalho ou doença profissional) se vê impossibilitado de trabalhar, assim não possuindo valores a receber, onde não se descontando sua mensalidade, em folha de pagamento, corre o risco de perder sua adesão ao seguro.

Fato inevitável é que se neste período, venha ocorrer um sinistro àquele servidor, que não obterá a requerida cobertura.

O prazo de até 6 (seis) meses, se justifica, pois seria tempo relativamente suficiente, para o servidor se organizar, e cumprir com a sua obrigação de pagar, o valor estipulado e concordado na apólice do seguro.

Pelo exposto, solicitamos a solidária aprovação ao presente projeto de lei pelos dignos Edis dessa Casa Legislativa.

CONSELHEIRO LAFAIETE, AOS 19 DIAS DO MÊS DE JUNHO DE 2007.

Dr. JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA BARROS

Prefeito Municipal

EXPEDIENTE
20/09/2007
Presidente

PARECER DA COMISSÃO DE LEGISLAÇÃO E JUSTIÇA AO PROJETO DE LEI Nº 069-E-2007.

RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe, de autoria do Executivo Municipal, que autoriza o pagamento de seguro de vida em grupo para servidores em afastamento previdenciário, dando outras providências, vem a esta Comissão para a emissão de parecer quanto à sua constitucionalidade, legalidade e juridicidade, atendendo ao disposto no art. 89, I, do Regimento Interno desta Casa.

FUNDAMENTAÇÃO

Em que pese o fim social da proposição, a mesma encontra óbice para a sua tramitação, tendo em vista que, segundo entendimento do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, expresso na resposta à consulta nº 656.385 (cópia anexa – doc. 01), não é possível a contratação pelo Município de seguro de vida em grupo para seus servidores, à exceção dos casos em que o exercício de cargos, empregos ou funções públicas envolva o manejo, guarda ou transporte de materiais, dinheiro e valores que possam colocar em risco a integridade física do servidor, quando, então, não será vedada a contratação de seguro contra acidentes. Passamos a transcrever trechos da referida consulta, "*in verbis*":

"A Constituição da República de 1988, art. 201, incisos I e V, com as alterações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 20/98, prescreve que a previdência social atenderá, nos termos da lei, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada (inciso I) e pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (inciso V).

Essas coberturas são ínsitas a qualquer regime de previdência social, mesmo ao regime próprio do servidor público titular de cargo efetivo, o que, a propósito, está prescrito textualmente no parágrafo 12 do art. 40 da vigente Carta Magna Federal, dispositivo acrescido ao texto constitucional pela referida Emenda.

E, como é sabido, os regimes de previdência social, seja o geral ou aquele específico dos servidores titulares de cargo efetivo, são contributivos, e devem observar critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial do sistema, para a garantia perene das prestações que lhe são próprias.

Ou seja, os recursos para fazer face ao custeio das prestações típicas devidas pelo regime de previdência aos seus segurados, ou aos dependentes destes, conforme o caso, advêm, em sua maioria, da contribuição mensal dos servidores e dos respectivos empregadores, tudo consoante se depreende das disposições do "caput" do art. 40, do art. 195 e do "caput" do art. 201, todos da Carta Magna Federal de 1988.

Isso quer dizer, no caso específico sob exame, que o Município já é obrigado, nos termos da Constituição, a contribuir para o regime de previdência ao qual seus servidores estejam filiados, que, por sua vez, deve fazer, entre outros, a cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada, bem como o pagamento de pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes.

Nessa esteira, a realização de despesa pública, pelo Município, para o custeio de seguro de vida para seus servidores, mesmo observadas aquelas condicionantes estabelecidas na referida orientação desta Corte, configura, 'data venia', a concessão de duplo benefício.

A meu ver, isso arrosta o princípio da legalidade, pois o ente público estará criando despesa em duplicidade para a mesma finalidade, em última 'ratio', isto é, contribuirá para o regime de previdência dos servidores, que deve cobrir, entre outros, o evento morte, e, ainda, arcará com o pagamento de prêmio de seguro de vida para esses mesmos servidores, cuja cobertura contratada (morte), como visto, já é feita pelo regime de previdência.

Por outro lado, examinando a questão sob a ótica da impessoalidade, da moralidade, da economicidade, da eficiência, da razoabilidade e da finalidade, o óbice à concessão dos benefícios em questão se potencializa e se torna ainda mais intransponível, senão vejamos.

Em rigor, o seguro de vida em causa beneficiaria somente os servidores municipais, em detrimento dos demais munícipes, que, quando muito, contam apenas com as prestações ou benefícios do regime geral de previdência social.

Sem sombra de dúvida, a concessão dessa vantagem aos servidores municipais, mesmo que autorizada por lei local, caracterizará privilégio, pois o fim primário para a realização de todo e qualquer gasto à custa do erário, o interesse público ou da coletividade, não seria alcançado, por mais que se tente justificar o ato.

E mais: se ocorrer a concessão do benefício em causa, haverá a geração de dispensável despesa pública, cujos recursos financeiros correspondentes deveriam ter sido empregados nos programas institucionais próprios e essências da municipalidade, o que afronta os princípios da economicidade, da eficiência e da razoabilidade.

É que os servidores municipais já recebem vencimentos estipulados em lei, retribuição pecuniária devida a eles pelo exercício das funções de seus respectivos cargos ou pelos serviços prestados à Administração Pública. Dessa forma, e se não se sentirem satisfeitos com a cobertura já propiciada pelo seu regime de previdência, eles têm meios de contratar seguro de vida particular às suas expensas.

Por todo o exposto, e após ter examinado a questão suscitada na inicial à luz dos princípios básicos norteadores da Administração Pública, é forçosa a conclusão de que o Poder Público não pode arcar com o pagamento de prêmio de seguro de vida para seus servidores, como benefício mensal extra.

(...)

Definitivamente, não resta dúvida, a atual Constituição da República consagra, no art. 18, a autonomia político-administrativo-organizacional dos municípios.

Assim, em razão dessa autonomia e das finanças locais, podem os municípios ampliar ou restringir a efetividade dos interesses peculiares de sua população, mas não estão autorizados a subsidiar despesas estranhas ao seu orçamento.

Em verdade, este Tribunal, ao responder as consultas 411822, 22379-4, 95676-7 e 125848-6, relatadas, respectivamente, pelos Conselheiros Fued Dib, Nilson Gontijo, Nelson Cunha e Luiz Baccarini, entendeu ser possível a instituição de tal benefício.

A respeito dessas consultas, reitero que, na de nº 95676-7, manifestei-me contrário à possibilidade de o município instituir, às suas expensas, para todos os servidores, seguro de vida em grupo.

Aliás, em que pese ao cunho social do objeto da consulta, há muito venho sustentando a tese de ser ilegítima qualquer despesa suportada pelo erário que vise a complementar as garantias previstas no art. 201 da nossa Lei Maior, que prevê, dentre outras proteções, a cobertura, pela Previdência Social, dos eventos relacionados a doença, invalidez, morte e idade avançada.

Nessa mesma linha de pensamento, descortinei recente acórdão do Tribunal de Justiça de Minas Gerais, cuja ementa se encontra assim talhada:

> *'Prefeito Municipal. Contratação de seguro de vida para os servidores da Prefeitura. Desnecessidade, posto que já amparados estes pela Previdência Social. Ausência de autorização legal para a contratação efetivada. Prejuízo aos cofres municipais. Ressarcimento devido.' (3ª T/TJMG. Apelação Cível nº 228775-3/00. Relator Des. Isalino Lisbôa. Acórdão de 13.06.2002, in 'MG' de 28.06.2002).*

Também o Tribunal de Contas da União, ao apreciar a consulta TC 020.963/92-0, do Conselho Federal de Medicina Veterinária, acerca da viabilidade da contratação de seguro de vida temporário para Diretores, Assessores ou outras pessoas designadas pela Autarquia, respondeu, por meio da Decisão Plenária 226/93, publicada no D.O.U. de 16.06.1993, que é vedada a aplicação do produto da arrecadação das anuidades, taxas e emolumentos de sua competência para custeio de despesas não relacionadas diretamente com a sua atribuição fiscalizatória salvo autorização especial.

Assim, nos termos do Anexo VIII da Ata nº 19/89, TCU-Plenário, Sessão Ordinária de 03.05.1989, o pagamento de seguro de vida a servidores é irregular, à falta do amparo legal para custeá-lo com recursos públicos.

A par disso, afirmo, em nome dos princípios da legalidade, da moralidade, da economicidade, da indisponibilidade e sobretudo o da impessoalidade, que a Administração Pública tem o dever de buscar, sempre, o interesse público, nunca o individual de determinada classe, sob pena de afrontar o ordenamento constitucional.

Todavia penso que vai ao encontro dos citados princípios constitucionais a contratação de seguro de vida para os servidores que desenvolvem atividades sob condições especiais que coloquem em risco a sua integridade física, desde que a despesa seja precedida de autorização legal e de prévia licitação.

Assim, encontra-se fora da vedação anteriormente defendida o seguro contra acidentes no exercício de cargos, empregos ou funções públicas que envolvam manejo, guarda ou transporte de materiais, dinheiro e valores que possam colocar em risco a integridade física do servidor. Também incluo nesse grupo o funcionário em viagem a serviço.

É que, se o perigo é inerente ao desempenho do serviço, e, sendo ele mais possível do que provável, pode a Administração, às suas expensas, assumir o valor do prêmio da apólice do seguro de vida, pois ao servidor não é dado correr o risco da atividade laborativa, que é responsabilidade do empregador."

Vale ressaltar trechos da decisão (cópia anexa – doc. 02) mencionada na consulta transcrita parcialmente acima, onde o Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais manifesta o mesmo entendimento, conforme passamos a transcrever, "*in verbis*":

"Respeitante ao meritum causae, verifico que o recorrente, quando Prefeito Municipal de Carandaí, contratou com as empresas Sul América e Minas Brasil seguros de vida, em prol dos servidores da Prefeitura, sem qualquer necessidade, posto que já se encontravam estes amparados pela previdência social, uma vez que contribuíam para o IPSEMG e para o IAPAS.

(...)

No mais, esclarecedor foi o parecer do ilustre Procurador de Justiça, Dr. Almir Alves Moreira, no sentido de:

'Destarte, as despesas realizadas com o pagamento do seguro não podem ser suportadas pelo Município, principalmente porque o prejuízo é inquestionável. O fato de seus segurados terem morrido na vigência dos contratos, impondo o pagamento de prêmio pela Seguradora, não proporcionou vantagem alguma para o Município, pois, mesmo que inexistisse o seguro, nenhum ônus acarretaria ao erário, tendo em vista que os prêmios foram pagos em decorrência de morte natural (fls. 3318/3324 - TJ), que não gera responsabilidade civil ao empregador.'"

Outrossim, mesmo que fosse possível tal pagamento, segundo o entendimento anterior do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, além da edição de lei autorizativa, seriam necessários, ainda, dotação orçamentária específica, para suportar as respectivas despesas; previsão na lei de diretrizes orçamentárias; observância do prévio procedimento licitatório na contratação da Seguradora, com base na Lei nº 8666/93; e que o benefício seja de caráter amplo e geral, alcançando todos os servidores, sob pena de ocorrer tratamento desigual, com o favorecimento de uns em detrimento de outros, o que feriria o princípio constitucional da igualdade.

CONCLUSÃO

Portanto, para que não ocorra a imediata rejeição do Projeto de Lei nº 069-E-2007, devido à existência de óbice de natureza constitucional para a tramitação regimental da matéria, conforme entendimento da Corte de Contas, bem como pela jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de Minas Gerais, solicitamos ao Presidente da Câmara que encaminhe diligência ao Sr. Prefeito para que o mesmo esclareça a fundamentação legal em que se apóia a iniciativa da matéria constante na proposição.

SALA DAS COMISSÕES, 06 DE SETEMBRO DE 2007.

VEREADOR GLYCON MOREIRA FRANCO

VEREADOR JOSÉ DERLY DA CRUZ ALEIXO

VEREADOR VICTOR BHERING NETO

/ALT/

Câmara Municipal de Conselheiro Lafaiete

ESTADO DE MINAS GERAIS

Prefeitura Municipal de Conselheiro Lafaiete - MG
Protocolo Cronodata -27-Set-2007-16:55-010290-2/2

OFÍCIO Nº 374/2007
Em 26 de setembro de 2007.
Assunto: ENCAMINHAMENTO-DILIGÊNCIA/FAZ.

Excelentíssimo Senhor,

Vimos encaminhar-lhe cópia do parecer ao Projeto de Lei nº 069-E-2007 (cópias em anexo) exarado pela Comissão de Legislação, Justiça e Redação desta Casa Legislativa, requerendo diligência no intuito de dirimir os questionamentos apontados no referido parecer, viabilizando, assim, a tramitação da supra mencionada proposição.

Sendo só para o momento, subscrevemo-nos.

Cordialmente,

VEREADOR VALDIR VIEIRA DE RESENDE
Presidente da Câmara

Exmº. Sr.
Júlio César de Almeida Barros
Prefeito Municipal de
CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

/ALT/

Rua Assis Andrade, 540 - Centro - Conselheiro Lafaiete - Cep 36.400-000 - (31) 3769-8100 - Telefax 3769-8103
e-mail: camara@camaraconselheirolafaiete.mg.gov.br - Site: www.camaraconselheirolafaiete.mg.gov.br

OFÍCIO Nº 182/2008
Em 23 de abril de 2008.
Assunto: ENCAMINHAMENTO-DILIGÊNCIA/FAZ.

Excelentíssimo Senhor,

Vimos pelo presente reiterar solicitação contida no Ofício nº 374/2007, de 26 de setembro de 2007, encaminhando cópia do parecer ao Projeto de Lei nº 069-E-2007 exarado pela Comissão de Legislação e Justiça desta Casa Legislativa, requerendo diligência no intuito de dirimir os questionamentos apontados no referido parecer, viabilizando, assim, a tramitação do mencionado Projeto de Lei.

Sendo só para o momento, subscrevemo-nos.

Cordialmente,

VEREADOR JOSÉ BOAVENTURA CELESTINO
Presidente da Câmara

Exmº Sr.
Júlio César de Almeida Barros
Prefeito Municipal de
CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

/GCT/

CAMARA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE - MG -

-27-Mai-2008-17:36-000172-2/2

EXPEDIENTE
21 / 05 / 08

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE

CÂMARA MUNICIPAL DE CONS. LAFAIETE
DEFERIDO EM
28 / 05 / 08
Ass.

PMCL/PROC./OF.259/2008
Assunto: Solicitação/Faz

Conselheiro Lafaiete, 21 de maio de 2008.

Prezado Presidente:

Com fulcro no artigo 245, do Regimento Interno da Câmara Municipal, solicitamos a V.Exa. a retirada de pauta do Projeto de Lei nº 069-E-2007, que **"Autoriza o pagamento de seguro de vida em grupo para servidores em afastamento previdenciário e dá outras providências"** e sua devolução ao Executivo Municipal.

Na certeza de sua habitual acolhida, antecipamos nossos melhores agradecimentos, somos,

Atenciosamente,

Dr. JÚLIO CÉSAR DE ALMEIDA BARROS
Prefeito Municipal

Anderson Coelho Pereira
Procurador Municipal

Excelentíssimo Senhor
Vereador José Boaventura Celestino
DD. Presidente da Câmara Municipal de
CONSELHEIRO LAFAIETE