

**DADOS DA EMPRESA / SUB-ESTIPULANTE**

Razão Social	ASSOCIAÇÃO GOIANA DE INTEGRALIZAÇÃO E REABILITAÇÃO - AGIR		
CNPJ / CEI	05.029.600/0003-68	Atividade (CNAE)	HOSPITAL
Segmento de Atuação:	SAUDE		
Endereço	RODOVIA GO 070 KM 5	CEP	74.463-350
Bairro	SANTOS DUMONT	Cidade	GOIANIA
Estado	GO		
Telefone	62 39955479	Email	
Nome do contato na empresa	Keilah	Cargo	RH
Sinistros	Tel.: 62 3270-6825	Email	keilah.pazini@huogo2.org.br
Manutenção	Tel.: 62 3270-6826	Email	rh@huogo2.org.br
Cobrança	Tel.: 62 3270-6826	Email	
Deseja receber a boleto de cobrança por email? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se "não" informe abaixo o endereço:			
Endereço Cobrança		CEP	
Bairro		Cidade	
Estado			
Sindicato Patronal			
Sindicato Laboral			

PUBLICADO NO SITE  
ASIURI**DADOS DO CORRETOR / CORRETORA DE SEGUROS**

Razão Social / Nome	AGNUS CORRETORA DE SEGUROS LTDA		
CNPJ / CPF	03.661.237/0001-01	Email	agnus@agnuscorretora.com.br
Endereço Completo	AV MEIA PONTO N 410 SL 06 SANTA GENOVEVA		
CEP	74.670-400	Cidade	GOIANIA
Estado	GO		
Cód. SUSEP	5000910397750	Telefone	62 3093-5600
Celular	8416-5600		
Contato	HERIKA	Email (Sinistros)	suporte@agnuscorretora.com.br
Informações Complementares:			

**PASI**

PLANO DE

AMPARO

SOCIAL

IMEDIATO

**CÁLCULO MENSAL DA FATURA**

Fatura mínima R\$35,00

Indique o(s) módulo(s) selecionados	Capital Segurado Básico	Custo por Segurado	Número de Segurados Ativos	Custo Total da Fatura
VU	R\$ 15.000,00	R\$ 9,80	17	R\$ 166,60

Seguro <input type="checkbox"/> Não	Capital <input type="checkbox"/> Não	Inclui <input checked="" type="checkbox"/> Não	Seguro <input checked="" type="checkbox"/> Não
Compulsório: <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Uniforme: <input checked="" type="checkbox"/> Sim	Sócios: <input type="checkbox"/> Sim	Contributário: <input type="checkbox"/> Sim

Data de Início da Vigência do Seguro: 1 02 2015 (dia/mês/ano)

Correção Anual do Capital Segurado Básico:  Conforme Convenção Coletiva de Trabalho  
 IPCA / IBGE

O Sub-Estipulante declara ter conhecimento na íntegra das Condições Gerais e Especiais recebidas neste ato, assumindo nos termos da legislação e regulamentação em vigor, inteira responsabilidade pelo cumprimento das obrigações ajustadas no contrato de seguro; que todos os segurados do grupo estão em perfeitas condições de saúde e em plena atividade e que prestará, quando solicitadas, todas as informações relevantes para análise do risco e verificação dos vínculos dos segurados. Através deste instrumento, as partes abaixo, firmam o CONTRATO DE ADESAO ao PASI, vinculado à(s) apólices da METLIFE - Metropolitan Life Seguros e Previdência CNPJ 02.102.498/0001-29, emitida(s) em nome do Clube PASI de Seguros na qualidade de "Estipulante", constituindo neste ato o vínculo jurídico com o Sub-estipulante e seu respectivo grupo segurado devidamente caracterizado, conforme vigência, capital e o conjunto de coberturas relacionadas ao(s) módulo(s) acima descritos.

Anteipe a contratação via email [contrate@pasi.com.br](mailto:contrate@pasi.com.br) e envie a adesão original via correio ou malote para a Central de Atendimento PASI: Av. Carandai, nº 193 - Funcionários - 30130-060 - Belo Horizonte - MG. Tel.: 0800.703.6302.

Goiania, 28 de julho de 2015

Local e Data

Sergio Daher  
Superintendente Executivo - AGIR  
CRM 2511

Assinatura do Sub-Estipulante (necessário carimbo da empresa)

Agnes Corretora de Seguros  
Av. Santa Genoveva, 410 - SL 06  
Santa Genoveva - 74670-400 - GO

Assinatura do Corretor de Seguros (necessário carimbo)

CLUBE PASI DE SEGUROS  
CNPJ 30.727.767/0001-77  
Av. Carandai nº 193 / 2º andar  
CEP 30130-060 - BH/MG

Assinatura do Estipulante: Clube PASI de Seguros



# CERTIFICADO

## Seguro de Vida e Acidentes em Grupo

Garantia:  
**MetLife**



**PLANO DE  
AMPARO  
SOCIAL  
PASI IMEDIATO**

### DADOS DO SEGURO

Nº do Convênio 50780	Nº da Apólice 69400	Processo SUSEP 15414.003220/2010-81	Início do Seguro 01/08/2015	Nº de Segurados 18
Início e Fim de Vigência 01/08/2015 a 31/07/2016	Módulo(s) Contratado(s) VU	Prêmio Individual R\$ 9,80	Taxa Básica do Seguro 0,0653	Fatura Mínima 35,00
Modalidade de Contratação: <input checked="" type="checkbox"/> Compulsório <input type="checkbox"/> Facultativo	Capital Segurado Básico: <input checked="" type="checkbox"/> Linear <input type="checkbox"/> Múltiplo Salarial	Sócios Incluídos: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Ajuste do Capital: <input checked="" type="checkbox"/> Conforme a Convenção Coletiva de Trabalho <input type="checkbox"/> IPCA/IBGE <input type="checkbox"/> Outros	Afastados Antes da Vigência Incluídos: <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			

### DADOS DA EMPRESA / SUBESTIPULANTE

Razão Social ASSOCIACAO GOIANA DE INTEGRALIZACAO E REABILITACAO - AGIR	CNPJ 05.029.600/0003-68	
Endereço Completo RODOVIA GO 070,,KM 5 - SANTOS DUMONT	CEP 74463-350	
Cidade GOIANIA	Estado GO	Corretor do Seguro AGNUS CORRETORA DE SEGUROS LTDA

#### Informações Complementares

\*Mais inf. sobre esta cobertura em anexo

Nº / IDENTIF. COBERT./BENEF	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS E BENEFÍCIOS	LIMITES DE INDENIZAÇÃO
01 - MT	Morte do titular do seguro - 100.00% do capital básico segurado	R\$ 15.000,00
02 - IPAT	Invalidez permanente do titular do seguro causada por acidente (total ou parcial) - Até 100.00% do capital básico segurado	Até R\$ 15.000,00
04 - MC	Morte do cônjuge do titular do seguro - 50.00% do capital básico segurado	R\$ 7.500,00
05 - MF	Morte de filhos do titular do seguro (até 21 anos, limitado a 4 filhos) - 25.00% do capital básico segurado	R\$ 3.750,00
06 - DCFI	Nascimento de filhos do titular, com doença congênita, carac. até sexto mês após parto - 25.00% do capital básico segurado	R\$ 3.750,00
07 - RERT	Reembolso à empresa das desp. com rescisão trab., em caso de morte do titular - Até 10.00% do capital básico segurado	Até R\$ 1.500,00
08 - CEBA	Alimentação em caso de morte do titular do seguro - 50.00Kg de alimentos	Kg 50,00
55 - *PAED	Pagamento antecipado especial por consequência de doença profissional - 100.00% do capital básico seg. para cob. de morte, de forma antecipada, observadas cond.gerais	R\$ 15.000,00
255 - RS	Reembolso das despesas com sepultamento em caso de morte do titular - Até R\$ 3240.00	Até R\$ 3.240,00

2º Via  Solicitação para fins específicos  Alteração de coberturas e/ou capitais segurados conforme Convenção Coletiva  Renovação

Condições Gerais obedecendo aos dizeres da(s) apólice(s) e processo(s) SUSEP supracitados, emitida(s) pela **MetLife - Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.**, CNPJ nº 02.102.498/0001-29 e disponíveis para consulta no site [www.pasi.com.br](http://www.pasi.com.br) e Condições Contratuais no verso deste Certificado. Estipulante: **Clube PASI de Seguros**

**Manutenção:** A empresa deverá enviar, mensalmente, junto à seguradora, o cadastro completo de segurados ativos e afastados pertencentes ao seu grupo segurado. A manutenção deverá ser enviada em formato eletrônico e, exclusivamente, no layout fornecido pelo Clube PASI. Os funcionários registrados em carteira (CTPS) estarão cobertos pelo seguro a partir da data de sua admissão na empresa, os demais segurados, desde que legalmente vinculados à empresa, terão cobertura a partir do momento que forem informados ao Clube PASI. Essa atualização das informações é fundamental para que ocorra o correto faturamento mensal e o direito à indenização do seguro, pois a ausência de cadastro de algum segurado nos arquivos da seguradora acarreta a isenção de pagamento da indenização. Consulte o arquivo 'Orientações para a Manutenção' e obtenha todas as informações detalhadas sobre este processo.

**Importante:** Todos os nomes constantes na relação enviada ao seguro deverão constar na GFIP da empresa, ou nos contratos sociais, de prestação de serviço ou estágio. Na ocasião do sinistro, ou a qualquer momento quando o Clube PASI julgar necessário, poderá ser solicitada uma cópia da GFIP ou dos referidos contratos, a fim de verificar as informações fornecidas.

**Renovação:** Na ocasião da renovação, caso o índice de sinistralidade (sinistros x prêmios) do grupo ultrapassar o limite previsto, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente. **Este seguro será por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução de prêmios pagos nos termos da apólice.**

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2015

Local

Data

Clube PASI de Seguros - ESTIPULANTE

PUBLICADO NO SITE  
ASJURI



# CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA APÓLICE

## 1. Objetivo do Seguro

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou a seus beneficiários, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos pelas Garantias Contratadas pelo Estipulante e Subestipulante, indicadas nas Condições Contratuais e no Certificado do Seguro.

## 2. Definições

2.1. **Beneficiário** - É a pessoa física indicada pelo Segurado a quem deve ser paga a Indenização garantida no seguro.

2.2. **Capital Segurado** - É a importância contratada pelo Subestipulante e definida nas Condições Contratuais pela qual a Seguradora calculará o valor da indenização, em caso de Sinistro, bem como o valor de prêmio.

2.3. **Certificado** - É um documento individual emitido pela Seguradora/Estipulante contendo os dados do seguro, coberturas e valores contratados pelo Subestipulante, que comprova sua inclusão no seguro.

2.4. **Condições Gerais** - É o conjunto de cláusulas contratuais reunidas, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro.

2.5. **Indenização** - É o valor que a Seguradora paga aos beneficiários em decorrência dos eventos cobertos pela apólice.

2.6. **Prêmio do Seguro** - É a importância paga pelo Subestipulante à seguradora para que esta assuma a responsabilidade pela garantia contratada.

2.7. **Segurado** - É a pessoa física coberta por este seguro.

2.8. **Seguradora** - É a companhia MetLife - Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A. registrada no CNPJ sob o número 02.102.498/0001-29 que assume os riscos inerentes à garantia deste seguro nos termos das Condições Gerais.

2.9. **Estipulante** - É Estipulante o Clube PASI de Seguros, CNPJ sob o número 38.727.707/0001-77, pessoa jurídica investida do poder de representação, atuando na qualidade de procurador do segurado, nos termos do art. 21, parágrafo 2º do Decreto-lei nº 73/66, exceto para o cancelamento do seguro.

2.10. **Subestipulante** - É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante o Estipulante e a Seguradora.

2.11. **Sinistros** - São os eventos cobertos de que resultam prejuízo indenizável de acordo as Condições Gerais.

## 3. Coberturas

Compõem-se das coberturas básicas adicionais e suplementares, definidas no módulo de coberturas mencionada na respectiva adesão, descritas no anverso deste documento.

## 4. Riscos Excluídos

4.1. **Estão excluídas de todas as coberturas de seguro as consequências de:**

A) Uso de material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que em testes, experiências, ou no transporte de armas e projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades.

B) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou perturbações de ordem pública e delas decorrentes.

C) Atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada.

D) Prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à Lei.

E) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

F) Competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive preparatórios.

G) Doenças preexistentes à contratação do seguro.

H) Epidemias oficialmente declaradas.

I) Doenças do trabalho ou profissionais, quaisquer que sejam as causas (exceto quando for utilizada o benefício PAED - Pagamento Antecipado Especial por Consequência de Doença Profissional) no módulo vigente.

L) Suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2(dois) anos de vigência individual.

4.2. **Estão excluídas das coberturas dadas pelas garantias de Invalidez Permanente, total ou parcial, por Acidente:**

A) Doenças, quaisquer que sejam as causas.

B) Os acidentes médicos.

C) As consequências advindas do tratamento de exame clínico, cirúrgicos ou medicamentosos, não exigidos diretamente pelo acidente.

D) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências.

E) Parto ou aborto e suas consequências.

F) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos pelo médico.

G) Envenenamento, por absorção de substância tóxica, exceto escapamento de gases e vapores.

H) Competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive preparatórios.

I) Alterações mentais conseqüentes da ação do álcool, de drogas, entorpecentes ou de substâncias tóxicas, de forma direta ou indireta.

J) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

K) Choque anafilático e suas conseqüências.

4.3. **Estão excluídas das coberturas dadas pelas garantias de Invalidez Total por Doença**

A) Doenças preexistentes à contratação do seguro.

B) Embriaguez, uso de drogas, psicotrópicos entorpecentes

C) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

D) Epidemias oficialmente declaradas

E) Doenças do trabalho ou profissionais, quaisquer que sejam as causas (exceto quando for utilizada o benefício PAED - Pagamento Antecipado Especial por Consequência de Doença Profissional) no módulo vigente.

4.4. **O Segurado Principal e seu Beneficiário perderão o direito a qualquer Indenização, bem como terão o seguro excluído, nos seguintes casos:**

A) Pelo não cumprimento das obrigações definidas nestas Condições Gerais.

B) Fraude ou tentativa de fraude em Laudos Médicos que venham justificar falsas moléstias ou datas de inícios de moléstias.

C) Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da Seguradora na elucidação do Evento Coberto.

D) Quando o Segurado, o Estipulante ou Subestipulante solicitar sua exclusão do seguro.

## 5. Aceitação de Segurados

5.1. É considerada segurável a pessoa física que mantém vínculo com o Subestipulante, a

favor do qual se contrata este seguro, que satisfaça às seguintes condições:

A) Não há limite de idade para os empregados ativos que estiverem nos grupos com o objetivo de atender as exigências de cláusula de Convenção Coletiva de Trabalho, desde que na modalidade compulsória.

B) Sócios-Diretores, desde que tenham vínculo jurídico com as empresas e mediante prévia negociação, poderão participar do seguro, desde que em plena atividade, em boas condições de saúde e respeitando as condições comerciais pactuadas no ato da Adesão.

É obrigatório o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Termo de Sócios.

C) Não possuir doença pré-existente e estar exercendo plena atividade profissional, devidamente comprovada.

5.2. **Inclusão de Cônjuge:** os cônjuges participam do seguro de forma automática, quando contratada esta cobertura, com capital básico correspondente a 50% (cinquenta por cento) do respectivo segurado principal, apenas na garantia básica de Morte.

Nota: Os cônjuges e companheiros que façam parte do Grupo Segurável como Segurados Principais, não poderão participar do seguro na Cláusula de Inclusão do Cônjuge. Em caso de sinistro, se constatado o acúmulo de risco, a indenização se fará pelo maior valor segurado (Garantia Básica), sendo restituído o valor do prêmio pago a maior.

5.3. **Inclusão de Filhos:** os filhos estarão automaticamente segurados, quando contratada esta cobertura, na garantia de Morte, com 25% (vinte e cinco por cento), do capital do respectivo titular. Indenização limitada a 4 (quatro) filhos por titular.

Consideram-se filhos, os legítimos, legitimados, legalmente reconhecidos e os legalmente adotados, solteiros que não tenham completado os 21 (vinte e um) anos.

Parágrafo único - quando ambos os pais forem segurados no mesmo grupo, os filhos serão segurados apenas uma vez, no seguro de maior capital (Garantia Básica).

5.4. A cobertura individual de cada segurado cessará, imediatamente, com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e a empresa contratante (subestipulante);

## 6. Vigência

O início de vigência das Coberturas estipuladas nas condições gerais e contratuais pelo Estipulante será a partir da zero hora do primeiro dia do mês da vigência da adesão. O prazo de vigência da apólice é de um ano, podendo ser automaticamente renovada ao final de cada ano de vigência, caso não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante / Subestipulante, até 60 dias antes do seu aniversário.

## 7. Pagamento do Prêmio

O prêmio será pago mediante a quitação da boleto bancária mensal pelo Subestipulante até a data do vencimento.

## 8. Devolução do Prêmio

Em caso de não aceitação do plano por parte da Seguradora e já tendo havido o pagamento do plano, o valor pago será devolvido, corrigido monetariamente pela TR (Taxa Referencial), calculada pró-rata dia da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

## 9. Atualização do capital Segurado e do prêmio

Capitais Segurados serão atualizados em cada aniversário do convênio 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 convênio. Caso a empresa não queira corrigir o capital segurado anualmente, deverá enviar carta juntamente com o contrato de adesão. Empresas com obrigatoriedade de cumprimento de CONVENÇÃO COLETIVA DE TRABALHO, serão reajustados conforme as exigências das mesmas.

## 10. Suspensão e Cancelamento do Seguro

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

10.2. 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.

10.3. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 10.2., sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e é pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, em que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

10.4. 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 manutenção do seguro.

## 11. Pagamento de Indenização

Ocorrendo qualquer sinistro que tenha a cobertura do plano, o representante legal do segurado deverá providenciar o Comunicado de Sinistro com a documentação exigida, enviando por e-mail para a Central de Atendimento PASI, remetendo-a, em seguida, pelo correio para: Clube PASI de Seguros - Setor de Sinistros / Av. Carandai nº 193 - CEP 30130-060 - B. Funcionários - Belo Horizonte - MG.

11.1. É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundamentada, a adoção de medidas que visem a plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à sua apuração.

11.2. O pagamento da Indenização somente ocorrerá após o recebimento dos documentos originais do sinistro na Central PASI de Atendimento.

## 12. Beneficiários

Pessoa ou pessoas que têm o direito à indenização no caso de morte de um segurado.

O Clube PASI de Seguros possui cláusula de identificação automática de beneficiário.

Em caso de morte do Segurado Titular são os seus beneficiários, obedecendo o seguinte critério de indenização:

1º ao cônjuge ou companheira(o) reconhecida(o);

2º aos filhos, na inexistência do cônjuge ou companheira(o);

3º aos pais, inexistindo o cônjuge ou companheira(o) e filhos;

4º aos herdeiros legais, inexistindo o cônjuge ou companheira(o), os filhos e os pais.

É lícito ao Segurado Titular, a qualquer tempo, instituir beneficiário ou beneficiários do seguro, por indicação expressa à Seguradora por carta de próprio punho, datada e assinada pelo mesmo no ato da contratação do Seguro. Prevalecerá sobre todos os termos da cláusula específica, desde que a designação não recaia em pessoa que for legalmente inibida de receber doação de seguro.

## 13. Prazos de Prescrição

Em conformidade com o Código Civil vigente, a prescrição do sinistro é de 3 (três) anos em caso de morte e de 1 (um) ano para casos de invalidez. Em casos de invalidez por acidente o sinistro deverá ser comunicado ao Clube PASI logo que este tenha ocorrido.

• A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

• O registro destas Condições Gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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



# ANEXO

## Parte Integrante do Certificado PASI

Garantia  
**MetLife**<sup>®</sup>



**PLANO DE  
AMPARO  
SOCIAL  
PASI IMEDIATO**

### DADOS DO SEGURO

Nº do Convênio 50780	Nº da Apólice 69400	Processo SUSEP 15414.003220/2010-81	Início e Fim de Vigência 01/08/2015 a 31/07/2016	Nº de Segurados 18
-------------------------	------------------------	--	---	-----------------------

### DADOS DA EMPRESA / SUBESTIPULANTE

Razão Social ASSOCIACAO GOIANA DE INTEGRALIZACAO E REABILITACAO - AGIR	CNPJ 05.029.600/0003-68
---	----------------------------

Descrição detalhada da(s) cobertura(s) e benefício(s) conforme destacado no respectivo Certificado:

Nº / IDENTIF. COBERT./BENEF	DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS
PAED	<p>R\$ 15.000,00, em caso de Doença Profissional do empregado(a) será pago 100%(cem por cento), de forma antecipada, do capital segurado básico de morte quando da caracterização de estado de Invalidez Permanente Total por Doença adquirida no exercício profissional de suas atividades, mediante declaração médica, devidamente preenchida em modelo próprio fornecida pela Seguradora, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente da Doença Profissional.</p> <p>Fica entendido que a indenização em que o segurado fará jus através da cobertura PAED, somente será devida no caso em que o próprio segurado seja considerado INVALIDO DE FORMA DEFINITIVA E PERMANENTE POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL, devendo ser caracterizada como DOENÇA PROFISSIONAL que o impeça de desenvolver definitivamente suas funções e que não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. A data de início e/ou diagnóstico da doença profissional constatada deve ser posterior à data da inclusão no seguro e enquanto perdurar o vínculo empregatício com empresa contratante.</p> <p>Comprova-se o marco inicial da inclusão com a relação de funcionários apresentada pela empresa contratante, além da proposta de adesão devidamente preenchida.</p> <p>Desde que efetivamente comprovada e antecipada a indenização de Invalidez por Doença Profissional, o segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito à nenhuma outra indenização futura, mesmo que este segurado venha desempenhar outras funções, ou qualquer outra atividade, nesta ou em outra empresa, seja no Brasil ou no Exterior.</p> <p>Caso não seja comprovada a caracterização da Invalidez adquirida no exercício profissional, o empregado continuará em garantido, observadas as demais condições contratuais.</p> <p>Caso o segurado já tenha recebido indenizações contempladas pelo Benefício PAED, ou outro semelhante em outra seguradora, fica o mesmo sujeito às condições desta cláusula, sem direito a indenização relativa a essa modalidade de cobertura.</p> <p>A cobertura PAED somente poderá ser contratado em apólice de Seguro de Vida em Grupo que não contemple a cobertura de IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, em caráter de antecipação, ou pela cobertura de Antecipação de Indenização em caso de Doença Terminal.</p>

Belo Horizonte, 20 de agosto de 2015

Local Data

  
Clube PASI de Seguros - ESTIPULANTE