



CONDIÇÕES GERAIS
SEGURADO DE PESSOAS COLETIVO
CAPITAL GLOBAL



CENTAUR & OHIO NATIONAL COMPANY

ÍNDICE

1) DEFINIÇÕES	4
2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	7
3) OBJETIVO DO SEGURO	7
4) GRUPO SEGURÁVEL	7
5) COBERTURAS DO SEGURO	8
6) RISCOS EXCLUÍDOS	8
7) INCLUSÃO DE DEPENDENTES	9
8) CARÊNCIAS E FRANQUIAS	10
9) ACEITAÇÃO DO SEGURO	11
10) CAPITAL SEGURADO GLOBAL	11
11) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	12
12) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	12
13) INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	13
14) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE	13
15) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	14
16) CUSTEIO DO SEGURO	14
17) PAGAMENTO DE PRÊMIO	14
18) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
19) CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
20)CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
21) DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	15
22) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	16
23) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
24) FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES	18
25) BENEFICIÁRIOS	18
26) PREScriÇÃO	19
27) REGIME FINANCEIRO	19
28) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19
29) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	20
30) EXCEDENTE TÉCNICO	21
31) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL	22
32) FORO	22
33) INFORMAÇÕES GERAIS	23

1 - DEFINIÇÕES

Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.

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

Aviso de sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro, que o segurado ou o beneficiário deverá encaminhar ao Estipulante e/ou seguradora, assim que tenha conhecimento do evento passível de cobertura.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital segurado global: É o montante de capital segurado contratado pela empresa para a cobertura básica e que será dividido entre todos os segurados na ocorrência de evento coberto pela apólice. Para essa modalidade o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

Capital segurado individual: Corresponde a divisão do capital global pelo número de segurados na apólice que pode variar em função da inclusão ou exclusão de funcionários no grupo segurado.

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

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

Certificado individual: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

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

Coberturas do seguro: São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Contrato coletivo: entendido como o contrato firmado entre a sociedade seguradora

e o estipulante, através do qual serão definidas as particularidades operacionais e as obrigações da sociedade seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com o segurado, beneficiário e assistido, de forma complementar às condições contratuais.

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

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

Encampação: É a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

Endosso: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Estipulante: É a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação e regulação em vigor.

O estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de subestipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas Condições Gerais, observados os limites de atuação e de responsabilidades definidos no contrato coletivo em relação a cada parte.

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

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

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

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

GFIP: Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Tempo de Serviço e Informações da Previdência Social.

Glossário: Dicionário de termos técnicos e científicos.

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

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

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

Início de vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão

garantidas pela seguradora.

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

Médico assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de apólices: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vesting: conjunto de cláusulas constantes do contrato coletivo que o segurado, tendo expressado prévio conhecimento, é obrigado a cumprir para que lhe possam ser oferecidos e postos à disposição os recursos da provisão (ou provisões) decorrentes dos prêmios pagos pelo estipulante.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

Vigência da cobertura individual: É o período em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

2 - CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

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

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais e das condições especiais da apólice.

2.2 Condições Especiais:

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

2.3 Condições Gerais:

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

2.4 Contrato:

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

3 -OBJETIVO DO SEGURO

3.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais, Condições Especiais e de acordo com a presente Condição Geral.

3.2 Este seguro é de contratação coletiva.

4 - GRUPO SEGURÁVEL

4.1 O grupo segurável será constituído por todos os funcionários que constarem na GFIP – Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e Tempo de Serviço e Informações da Previdência Social - e/ou respectivos Sócios/Diretores constantes no Contrato Social, que estejam em plena atividade profissional/laborativa, em boas condições de saúde

e de acordo com a idade máxima estabelecida no contrato/Proposta de Contratação.

4.2 Não poderão participar do seguro, bem como não serão considerados como componentes do grupo segurado, para efeito da apuração do capital segurado em caso de sinistro, mesmo que constante da GFIP ou do Contrato Social, os funcionários e/ou dirigentes que se enquadrem nas seguintes situações:

a) os afastados na data do início da vigência da apólice, que passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa. Para os segurados, admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde em decorrência de doença, deverá haver recolhimento dos prêmios normalmente a seguradora sendo vedado toda e qualquer alteração de capital durante o período de seu afastamento.

b) os funcionários aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência da apólice ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, exceto os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade laborativa junto ao Estipulante/Subestipulante e constem na GFIP ou no Contrato Social.

c) prestadores de serviços ou autônomos.

4.3 Cabe ao Estipulante/Subestipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais, para a inclusão dos proponentes constantes da GFIP/Contrato Social isentando, expressamente, a seguradora do pagamento de qualquer indenização aos segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos.

5 - COBERTURAS DO SEGURO

5.1 As coberturas do seguro serão em conformidade com as Condições Especiais do seguro e a forma de contratação, se conjugada ou isolada, será especificada no Contrato de seguro ou na Proposta de Contratação.

5.2 As coberturas serão estruturadas na modalidade de benefício definido, segundo a qual os valores do capital segurado, pagável de uma única vez, e respectivos prêmios, são estabelecidos previamente, nas condições contratuais do seguro.

6 - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

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

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes,

- salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão-proposta processo de subscrição do risco individual;
 - d) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras. Não estão abrangidos nestes riscos excluídos os eventos exclusivamente de Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença causados pela Covid-19 e suas variantes;
 - e) de suicídio do segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
 - f) tufões, inundação, furacão, ciclone, maremoto, 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) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa, estado de necessidade ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - h) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;
 - i) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
 - j) competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício legal da prática de esportes;
 - k) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.

6.2 Exclusão para Atos Terroristas

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

7 - INCLUSÃO DE DEPENDENTES

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

7.1.1 Inclusão de cônjuge:

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

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

7.1.2 Inclusão de filhos:

Poderão fazer parte do grupo segurado todos os filhos do segurado, desde que os mesmos já não pertençam ao grupo segurado na condição de titulares e que tenham até 21 (vinte e um) anos observado o disposto na cláusula 22.11 destas Condições Gerais. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal.

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

8 - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

8.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

8.2 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

8.3 Quando adotado prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, este não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado individual. A seguradora, a seu critério, poderá substituir a carência pela subscrição do risco através da análise de questionário de saúde e atividade.

8.4 O prazo de carência será aplicado às solicitações de aumento de capital segurado efetuadas após o início de vigência, em relação à parte aumentada.

8.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item anterior 8.4.

8.6 A franquia corresponde ao período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

8.7 Quando aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas nas condições especiais.

9 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante contrato, proposta de contratação e/ou proposta de adesão preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros, podendo a assinatura ser de forma eletrônica.

9.2 Após o recebimento do documento para contratação assinado, a seguradora disporá de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco sendo que a ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

9.3 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco durante o prazo estabelecido acima. Neste caso, contagem do prazo de 15 (quinze) dias sofrerá suspensão durante o período em que a seguradora estiver aguardando a entrega das informações complementares solicitadas e continuará a correr após o recebimento dos mesmos.

9.4 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

- i. a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
- ii. a data de término do prazo de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco, quando caracterizará a aceitação tácita.

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

9.6 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante. O valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do IPCA do IGBE entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição, estando ainda sujeito à aplicação de juros de mora à base de 1% (um por cento) ao mês, caso a devolução não seja efetivada em até 10 (dez) dias da data da formalização da recusa.

9.7 Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas durante o processo de subscrição do risco individual para o segurado que compõem o grupo segurável.

10 - CAPITAL SEGURADO GLOBAL

10.1 É o valor total estipulado pelas partes, expresso em moeda corrente nacional, determinado no momento da contratação do seguro, devendo constar na respectiva Proposta de Contratação ou Contrato, podendo sofrer alterações, a pedido do

Estipulante/Subestipulante, para atender as necessidades de capital segurado decorrentes da variação do número de segurados, durante a vigência da apólice, observadas as normas destas Condições Gerais.

10.2 O contrato de seguro ou a proposta de contratação estabelecerá critérios específicos relacionados à variação da quantidade de componentes do grupo segurado em relação à quantidade original que ensejam o dever de comunicação à seguradora para fins de avaliação de necessidade de repactuação do valor do capital segurado global.

10.3 Na hipótese de eventual descumprimento do dever de comunicação de que trata o item 10.2 acima, na forma prevista contratualmente, o contrato de seguro ou proposta de contratação estabelecerá que, em caso de ocorrência de sinistro, o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à seguradora quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de vigência da apólice.

11 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

11.1 O capital segurado individual será uniforme para todos os funcionários que constarem na GFIP, podendo haver diferenciação de capital exclusivamente para os Sócios/Diretores que constarem no Contrato Social da empresa.

11.2 O capital segurado individual será determinado, a partir da divisão do capital segurado global contratado pelo número de funcionários constantes na GFIP do mês do evento coberto, somado ao número de sócios e/ou diretores que constem no Contrato Social referente ao mês anterior a ocorrência do evento, caso os mesmos estejam incluídos no seguro.

11.3 Será considerado para efeito de cálculo de indenização, o capital segurado individual vigente na data da ocorrência do sinistro coberto, sendo a data do evento especificada para cada cobertura nas respectivas Condições Especiais do seguro.

11.4 Havendo alteração de funcionários e/ou sócios durante a vigência, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação de funcionários, o capital segurado individual será automaticamente ajustado, rateando-se o capital segurado global de forma proporcional ao novo número de segurados.

12 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1 A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses podendo, entretanto, ser determinado períodos diferentes no Contrato, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.

12.2 A apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período,

salvo se a seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias do término da vigência comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

12.3 No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada:

I - a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

12.4 Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela seguradora e o Estipulante e desde que não acarretem ônus ou dever adicional para os segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuênciam prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

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

13 - INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

13.1 Para os funcionários contratados após o início de vigência do seguro, a cobertura terá início na data de sua admissão na empresa ou, no caso de sócio ou dirigente terá início na data de inclusão no Contrato Social.

13.2 Funcionários afastados na data do início de vigência do seguro não estarão cobertos e passarão a fazer parte do grupo segurado automaticamente a partir da alta médica definitiva e consequente inclusão e recolhimento do empregado na GFIP.

14 - ENCAMPADA E MIGRAÇÃO DE APÓLICE

14.1 Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

14.2 Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

14.2.1 No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

14.2.2 Não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

14.2.3 É admitida a dispensa do recolhimento de anuênciam de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

15 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

16 - CUSTEIO DO SEGURO

16.1 O custeio do seguro é não contributário, ou seja, os segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante/Subestipulante. Neste tipo de seguro todos os componentes do grupo segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas.

16.2 O Estipulante/ Subestipulante sempre será responsável pela quitação dos prêmios devidos.

17 - PAGAMENTO DE PRÊMIO

17.1 O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, de forma antecipada ou postecipada em relação ao risco, sendo a periodicidade e forma da cobrança definidos nas Condições Contratuais.

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

18 - DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

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

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

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

19 - CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1 Decorrido o prazo de tolerância e não houver o pagamento dos prêmios em

atraso, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos e sendo devidas as parcelas não quitadas no período coberto.

20 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente, ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

20.2 A cobertura do segurado cessa, ainda:

- i. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante/Subestipulante;
- ii. de acordo com a cobertura do seguro contratada caso a mesma preveja nas respectivas condições especiais, cancelamento da cobertura de acordo com idade e/ou evento ocorrido.

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

- i. se for cancelada a cláusula que preveja essa situação;
- ii. se o segurado titular deixar o grupo segurado;
- iii. com a morte do segurado titular;
- iv. no caso de cessação da condição de dependente.

20.4 Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obterem ou para majorarem a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

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

21 - DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1 Em caso de sinistro coberto deverão ser apresentados os documentos indicados abaixo, além dos documentos específicos para cobertura do seguro pleiteada indicados nas Condições Especiais do seguro:

- a) No caso de funcionários: Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, do mês do sinistro, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente a admissão do funcionário;
- b) No caso de Sócios e Diretores Estatutários: a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do segurado na sociedade ou quadro estatutário do Estipulante/Subestipulante.

22 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1 Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional, podendo ocorrer sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, sem prejuízo de outras formas pactuadas entre as partes.

22.2 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

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

22.4 É facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

22.5 Se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao segurado ou beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data do aviso do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado. Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária é a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.

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

22.7 Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

i. A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

22.8 As providencias que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

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

22.10 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, respeitado o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega de todos os documentos exigidos pela segurados.

22.11 Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado titular ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto. Quando contratada, essa restrição não se aplica a cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

23 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

23.1 O segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

23.1.1 Se agravar intencionalmente o risco.

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

23.1.3 Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

II) na hipótese de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível,

deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

23.5 O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má fé. A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- i. cancelar o seguro;
- ii. restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- iii. cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

24 - FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

24.1 Será em conformidade com o previsto nas Condições Especiais do seguro.

25 - BENEFICIÁRIOS

25.1 Os beneficiários serão designados pelo segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

25.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

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

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

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

25.6 Em caso de contratação das coberturas de inclusão de cônjuge e inclusão de filhos, o beneficiário será sempre o segurado titular. No facultativo será conforme indicação ou na falta deste conforme código civil.

25.7 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

26 - PRESCRIÇÃO

26.1 Os prazos prescricionais serão àqueles que a legislação vigente determinar.

27 - REGIME FINANCEIRO

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

28 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

28.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado. Se não informado a seguradora o e-mail do segurado para encaminhamento do Certificado Individual, fica o Estipulante responsável pela entrega aos segurados do Certificado Individual do Seguro para ciência dos benefícios contratados pela apólice de seguro.
- d) Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) Comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- k) Comunicar a seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado se tornar uma pessoa politicamente exposta;

28.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:

- i. cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- ii. efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:

- I – cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

29 - PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

29.1 Consideram-se expostas politicamente as pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais.

29.2 Para efeito do disposto no item 26.1, consideram-se pessoas expostas politicamente:

- a) os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- b) os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:
 - i. de Ministro de Estado ou equiparado;
 - ii. de Natureza Especial ou equivalente;
 - iii. de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta; e
 - iv. do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, níveis 6, ou equivalentes.
- c) os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal, dos Tribunais Superiores, dos Tribunais Regionais Federais, do Trabalho e Eleitorais, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho e do Conselho da Justiça Federal;
- d) os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos estados e do Distrito Federal;
- e) os membros do Tribunal de Contas da União, o Procurador-Geral e os Subprocuradores-Gerais do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;
- f) os presidentes e tesoureiros nacionais, ou equivalentes, de partidos políticos;
- g) os governadores e secretários de Estado e do Distrito Federal, os Deputados

Estaduais e Distritais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta estadual e distrital e os presidentes de Tribunais de Justiça, Militares, de Contas ou equivalente de Estado e do Distrito Federal; e

h) os Prefeitos, Vereadores, os Secretários Municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os Presidentes de Tribunais de Contas ou equivalente dos Municípios.

29.3 Também são consideradas pessoas expostas politicamente aquelas que, no exterior, sejam:

- i. chefes de estado ou de governo;
- ii. políticos de escalões superiores;
- iii. ocupantes de cargos governamentais de escalões superiores;
- iv. oficiais generais e membros de escalões superiores do poder judiciário;
- v. executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou
- vi. dirigentes de partidos políticos.

29.4 Também são consideradas pessoas expostas politicamente os dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado.

30 - EXCEDENTE TÉCNICO

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

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

- a) como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
 - i. Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
 - b) como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
 - i. comissões de corretagem pagas durante o período;
 - ii. comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
 - iii. comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - iv. valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - v. saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - vi. despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;
 - vii. provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;
 - viii. PIS / COFINS;
 - ix. despesas com regulação de sinistros;
 - x. valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

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

- i. o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- ii. o aviso à seguradora para os sinistros;
- iii. a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores
- iv. as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

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

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

31 - RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

31.1 A apólice coletiva poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuênciam prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

31.2 No caso de rescisão do contrato, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

31.3 As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice.

31.4 Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

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

31.6 Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuênciam do estipulante.

32 -FORO

32.1 Questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

32.2 Na hipótese de existência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida

a eleição de foro diverso.

33 -INFORMAÇÕES GERAIS

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep;
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- d) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Centauro Vida e Previdência S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo 15414.900916/2013-08.

**MATRIZ - CURITIBA**

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

FILIAL SÃO PAULO/SP

Av. Angélica, 2447, 15º andar, Cj 154 - Bela Vista
CEP 01227-200 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3237-2146



CENTAUR & OHIO NATIONAL COMPANY