



Seguro Coletivo para Alunos de Escolas de Formação das Forças Armadas

Consulte a relação completa de endereços no *site* fhe.org.br

Central de Teletendimento ao Cliente	Ouvidoria
0800 61 3040	0800 647 8877
poupex.com.br/atendimento	poupex.com.br/ouvidoria
Central de Teletendimento aos Surdos • 0800 646 4747	

Seguro Coletivo para Alunos de Escolas de Formação das Forças Armadas

VIGÊNCIA: A PARTIR DE 1/7/2016

OBJETIVO

O Seguro Coletivo para Alunos de Escolas de Formação das Forças Armadas objetiva oferecer a este público, gratuita e voluntariamente, um plano de Seguro de Vida em Grupo.

VIGÊNCIA

Vigente durante o período em que o segurado permanecer na situação de aluno das Escolas de Formação das Forças Armadas, o plano garante segurança à família em caso de morte, qualquer que seja a causa, ou invalidez permanente do aluno, em consequência de acidente.

ADESÃO

Para viabilizar o plano e assegurar a inclusão do aluno, este quando da efetivação de sua matrícula em uma das Escolas de Formação das Forças Armadas, deverá preencher e assinar a Proposta de Adesão ao Seguro Coletivo e ciência de que após a formatura em seu curso, o segurado será incluído na Apólice de Seguro de Vida em Grupo do FAM Família n.º 001 – COMBO 1.

COBERTURAS

A Cobertura Básica e a Garantia Adicional, pertinentes ao Plano de Seguro do participante, são as seguintes:

✓ Cobertura Básica

- Indenização ao(s) beneficiário(s), pela morte do segurado, correspondente ao capital segurado vigente na data do óbito (atualmente de R\$ 20.000,00).

✓ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Indenização ao segurado que venha a sofrer acidente de que resulte perda ou impotência funcional e definitiva, total ou parcial, de membro(s) ou órgão(s):

I - Em caso de Invalidez Permanente Total, o valor da indenização será de 100% da Cobertura Básica vigente na data do acidente;

II - Em caso de Invalidez Permanente Parcial, a indenização será proporcional ao grau de sua extensão e segundo as normas da SUSEP, calculada sobre o valor da Cobertura Básica vigente na data do acidente.

Considera-se acidente, para fins de Invalidez Permanente, o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha, como consequência direta, a invalidez permanente parcial ou total do segurado.

BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários do seguro serão aqueles indicados no momento da adesão. Na falta de indicação de Beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o pagamento do Capital Segurado será realizado de acordo com as Condições Contratuais.

SINISTRO

Na ocorrência de sinistro coberto, a comunicação poderá ser feita em qualquer um dos Pontos de Atendimento da FHE e deverão ser apresentados os seguintes documentos:

✓ Morte

- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da Ocorrência Policial, do Atestado de Origem/ Boletim Interno e Laudo Cadavérico, quando a causa da morte for acidental;
- Cópia da CNH, do Exame de Dosagem Alcoólica, no caso de acidente de trânsito, onde o segurado seja o condutor do veículo;
- Cópia da Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do segurado e de cada beneficiário;
- Autorização para Crédito de Indenização em Conta de Poupança POUPEX / Declaração de Pessoa Politicamente Exposta – PEP;
- Número de telefone para contato com cada beneficiário.

✓ Invalidez por Acidente

- Laudo Médico (Aviso de Alta Médica) indicando o grau de invalidez do(s) membro(s) ou órgão(s) afetado(s);

- Cópia da Ocorrência Policial ou do Atestado de Origem/ Boletim Interno (quando o acidente ocorrer em área militar), informando a data e dinâmica do acidente;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Exame de Dosagem Alcoólica, se realizado, no caso de acidente de trânsito, onde o segurado seja o condutor do veículo;
- Autorização para Crédito de Indenização em Conta de Poupança POUPEX / Declaração de Pessoa Politicamente Exposta – PEP.

ADESÃO AO FAM Família

Após sua formatura, o segurado em decorrência de sua manifestação de vontade quando do preenchimento e assinatura da proposta de adesão em que solicitou e autorizou sua inclusão no FAM Família, será implantado na Apólice de Seguro Coletivo do FAM Família, COMBO 1, passando a assumir o pagamento dos prêmios mensais, que ocorrerá sempre no dia 5 de cada mês, na conta corrente informada no momento da adesão.

COMBO1

COBERTURAS	CAPITAL SEGURADO
Morte	R\$ 100.000,00
Morte Acidental	R\$ 100.000,00
Morte por Arma de Fogo	R\$ 10.000,00
Despesas de Inventário - Morte	R\$ 3.000,00
Auxílio Alimentação	12 x R\$ 250,00
Sorteio	4 sorteios mensais de R\$ 25.000,00 cada
Invalidez por Acidente	R\$ 50.000,00
Decessos Individual	R\$ 3.500,00

As presentes instruções normativas revogam todas as demais publicadas anteriormente