



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO ESCOLAR **Processo SUSEP nº15414.001880/2008-11**

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste Seguro é garantir o pagamento do capital segurado e/ou o reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso ocorra quaisquer dos eventos previstos nas Condições Contratuais deste Seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas Garantias contratadas pelo Estipulante e Segurado.

Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal

Acidente Pessoal é o 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 consequência direta à morte, ou a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se neste conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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, definido no subitem 2.1.

2.2 Aceitação

Ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Contratação apresentada pelo Estipulante para Cobertura do Risco.

2.3 Agravação do Risco

É toda e qualquer alteração que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do Seguro.

2.4 Âmbito de Cobertura

Significa abrangência da Cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

2.5 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.6 Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.7 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.8 Beneficiário

Pessoa física designada para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.9 Boa-Fé

Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência do sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o Contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.10 Cancelamento

É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

2.11 Capital Segurado

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

2.12 Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.13 Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do Prêmio.

2.14 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato e do Certificado Individual.

2.15 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.16 Condições Especiais

São disposições anexadas à Apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

2.17 Corretor de Seguros

Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente ao país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG).

2.18 Consignante

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor das sociedades Seguradoras, correspondentes aos Prêmios devidos pelos Segurados.

2.19 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.20 Contrato do Seguro

Disposição introduzida na Apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da garantia, enfocados de forma particular.

2.21 Data do Evento

É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

2.22 Dolo

É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

2.23 Estipulante

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

2.24 Estorno de Prêmio

É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um Prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

2.25 Evento

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

2.26 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.27 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.28 Hospital

É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.

2.29 Indenização

O valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva Garantia contratada.

2.30 Índice de Sinistralidade

É o coeficiente ou porcentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de Apólices, e o volume global dos Prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

2.31 Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.32 Laudo Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as Condições Físicas e de Saúde do Proponente.

2.33 Limite Máximo de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do Seguro.

2.34 Limite Máximo Individual de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado, equivalente ao capital individual Segurado.

2.35 Liquidação de Sinistro

É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

2.36 Médico

é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.37 Migração de Apólices

É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.38 Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.39 Parâmetros Técnicos

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas puras utilizadas.

2.40 Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.41 Prazo de Carência

É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.42 Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

2.43 Prêmio Comercial

Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

2.44 Prêmio Puro

Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

2.45 Pró-Labore

Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a Apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro.

2.46 Proponente

É o interessado em contratar a(s) Garantia (s), ou aderir ao Contrato.

2.47 Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.48 Regime Financeiro de Repartição Simples

É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.49 Renovação Automática

Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

2.50 Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro.

2.51 Riscos Excluídos

São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.52 Seguradora

Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o Prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

2.53 Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

2.54 Seguro

É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de Prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.55 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.56 Subestipulante

Pessoa física ou jurídica que estipula em proveito do grupo que a ela de qualquer modo se vincule, denominado subgrupo, através da inclusão de seus componentes na Cobertura de Apólice Coletiva já existente, ficando investido dos poderes de representação deste subgrupo, em conjunto com o Estipulante.

2.57 Tabela Price

Tabela que apresenta coeficiente que permite cálculo da prestação de um financiamento em valores iguais e sucessivos, já incluídos o principal e os juros. O cálculo é feito pela simples multiplicação do capital ou da dívida pelo coeficiente correspondente ao prazo em que a dívida será paga.

2.58 Taxa

Elemento necessário à fixação das tarifas de Prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. No presente Seguro as taxas estarão expressas em percentagem (%).

2.59 Vigência

Período de tempo em que a Cobertura de risco será garantida pela Seguradora.

2.60 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste Seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

3.1 As Garantias deste Seguro dividem-se em Básicas e Adicionais.

3.2 As Garantias Básicas oferecidas por este Seguro são:

➤ Morte Acidental (MA);

➤ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.3 A Garantia Adicional oferecida por este Seguro é:

➤ Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

3.4 A contratação da Garantia Adicional fica condicionada à contratação da Garantia Básica de Morte Acidental ou de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.5 No presente Seguro as Garantias são destinadas a todos os alunos, funcionários e/ou professores definidos pelo Estipulante no Contrato da Apólice.

3.5.1 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de garantias relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos das Garantias Básicas e da Garantia Adicional deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;**

- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f) epidemias, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- h) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a 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, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;**
- i) intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, choque anafilático e suas conseqüências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- j) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;**
- k) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;**
- l) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no subitem 2.1. destas Condições Gerais;**
- m) parto ou aborto, tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;**
- n) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- o) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;**
- p) perda de dentes e danos estéticos;**
- q) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- r) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo;**
- s) participação em disputas ou duelos;**
- t) seqüestro ou tentativa de seqüestro.**

4.2 Da Garantia Básica de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) doenças (inclusive 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;**
- b) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;**
- c) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- d) acidente vascular cerebral;**
- e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.**

4.3 Da Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**
- d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;**
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- g) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);**
- h) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento**

- destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;
- i) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
 - j) luxações recidivantes de qualquer articulação;
 - k) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
 - l) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
 - m) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - n) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

4.4 Conforme a definição de Acidente Pessoal, alínea "b" do subitem 2.1, estão expressamente excluídos das Garantias Básicas, bem como da Garantia Adicional deste Seguro, os eventos ocorridos em conseqüência de:

- 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 acidente coberto;
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as 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, definido no subitem 2.1.

4.5 A Seguradora não se eximirá ao pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.6 O presente Seguro não se aplica a entidades que não possuam CNPJ.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

6. CARÊNCIAS

6.1 Para todas as garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.2 Os prazos de carência, quando previstos pelo plano de Seguro, constarão do Contrato e na Proposta Individual de Adesão.

6.3 Não se aplica a devolução ou resgate de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente Seguro, que é regido por repartição simples.

6.4 Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.5 No caso de migração de Apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior em relação às Garantias e respectivos valores já contratados.

6.6 Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para os Segurados de uma mesma Apólice.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.1 A contratação do Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

7.2 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da Proposta de Contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para Seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.3 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração Proposta de Contratação, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 7.2 anterior.

7.4 No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da Proposta de Contratação, conforme disposto no subitem 7.3 anterior, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.2 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.5 Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da Proposta de Contratação, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

7.6 A data de aceitação da Proposta de Contratação será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 7.2, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação.

7.7 Em caso de recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.7.1 A referida quantia será devolvida ao Estipulante, em nome do Segurado, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao Segurado.

7.8 É obrigatória a emissão da Apólice e envio ao Estipulante, pela Seguradora, no início do Seguro. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

7.9 É obrigatória a emissão do certificado individual e envio ao Segurado, pela Seguradora no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

7.10 A emissão da Apólice, do certificado ou dos aditivos será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde e que se vincularem ao Estipulante como alunos, funcionários e/ou professores.

8.1 O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no Grupo Segurado.

8.2 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, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente. Para fins do presente, a "migração de Apólices" tem seu conceito definido no glossário.

8.3 Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de Apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará na manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura Individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

9. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

9.1 O Seguro de Pessoas será estipulado por pessoa jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 9.2. posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o Grupo Segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

9.1.1 Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos Subestipulantes.

9.2 Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) Corretoras de Seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) Corretores; e
- c) Sociedades Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

9.3 A vedação estabelecida no subitem 9.2. anterior não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

9.4 Não é considerada Estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito Proposta de Contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos Prêmios na folha de pagamento dos respectivos Segurados e o conseqüente repasse em favor da Seguradora.

9.5 O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante ou Consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo Prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado.

9.5.1 É de exclusiva responsabilidade do Estipulante, que for responsável pela arrecadação do Prêmio para o posterior repasse à Seguradora, cancelar o desconto em folha de pagamento do Prêmio relativo à contribuição do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro.

9.6 Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa no Contrato da Apólice, o Segurado poderá ser mantido no plano, nas condições comerciais especiais previstas na Apólice para tal fim.

9.7 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado;

- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

10. OBRIGAÇÕES

10.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) discriminar o valor do Prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à 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;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação 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 estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como

quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

10.1.1 O não repasse dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

10.1.2 Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da Proposta de Contratação, bem como pertinentes ao capital segurado, conforme layout em vigor.

10.1.3 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

10.1.4 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

10.1.5 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e Prêmios.

10.1.6 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

10.2 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

- a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitada;
- c) prestar ao Estipulante e a cada componente do Grupo Segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

10.2.1 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante é obrigatório constar do Certificado Individual o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

10.3 OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da Apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

10.3.1 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

10.3.2 Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar o Seguro.

10.4 O cancelamento mencionado no subitem 10.3.2 anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída ao Estipulante, que ficará responsável pelo repasse ao Segurado, a diferença do Prêmio, se houver, relativo ao período em que a Cobertura não mais vigorará.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1 VIGÊNCIA DA APÓLICE

Prazo de Vigência da Apólice é o período anual compreendido entre a data de início de vigência da Apólice e seu vencimento. O prazo de vigência contratado será definido no Contrato da Apólice.

11.2 RENOVAÇÃO DA APÓLICE

As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

11.2.1 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

11.2.2 A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do Grupo Segurado.

11.2.3 A renovação automática a que se refere o subitem 11.2 anterior não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicar o desinteresse na continuidade do plano.

11.2.4 O desinteresse na renovação da Apólice deverá ser comunicado ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e dos Segurados.

11.2.5 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

11.2.6 **Será enviado novo Certificado Individual ao Segurado em cada uma das renovações do Seguro.**

11.3 VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.3.1 **O início e fim da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal finalidade, na Apólice, no Certificado Individual e nos Endossos, seguindo o critério definido nas alíneas "a" e "b" posteriores.**

a) Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que estabelecido em Condições Contratuais;

b) Os contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, desde que estabelecido em Condições Contratuais.

11.3.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do Seguro, se este não for renovado.

12. CAPITAL SEGURADO

12.1 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros para as Coberturas de Acidentes Pessoais, a data do acidente.

12.2 Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

12.3 No caso das garantias de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

12.4 O capital segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será pago sob a forma única, o que constará expressamente da Proposta de Contratação.

12.5 No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital segurado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos o efeitos de direito.

12.6 O pagamento do capital segurado não pode ultrapassar o limite máximo de garantia individual, salvo em caso de mora da Seguradora.

12.6.1 No caso do Segurado possuir menos de 14 (quatorze) anos, o capital segurado para a Garantia de Morte Acidental ficará limitado ao reembolso de despesas com o funeral.

12.6.1.1 Excluem-se das despesas com funeral a aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros e as despesas com o traslado.

12.7 As indenizações garantidas pelas Garantias de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

12.8 O capital segurado a ser indenizado para os menores de 14 (quatorze) anos, em caso de falecimento, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado da respectiva

Garantia, que devem ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais.

12.9 No caso de Segurados menores de idade, o capital segurado a ser indenizado pela Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será pago conforme a seguir:

- a) pessoa com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos será devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei;
- b) pessoa com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, será devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei;
- c) para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme estabelecido na legislação vigente.

13. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

13.1 Os capitais segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação das mensalidades escolares.

13.2 O capital segurado poderá ser reajustado mediante solicitação expressa do Estipulante, estando sujeita à análise e aceitação pela Seguradora. Neste caso, o valor do prêmio será recalculado conforme a variação do capital segurado informado pelo Estipulante à Seguradora.

13.3 A atualização da Indenização, caso a Seguradora não efetue o pagamento dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

13.4 Para a atualização referida no subitem anterior, o índice pactuado no presente contrato é o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13.4.1 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

13.5 Para efeito do disposto no subitem 13.3 anterior, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;

II – para os valores devidos a título de devolução de prêmios, no caso de recusa da **Proposta de Contratação** pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

14. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios de 1% para cada mês de atraso e até o mês do efetivo pagamento quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em Contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente, no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente apólice, classifica-se em:

- a) contributário: Seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b) não-contributário: Seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;
- c) parcialmente contributário: Seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao Seguro contributário.

15.2 Os prêmios serão pagos de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

15.3 O Estipulante não representa a Seguradora perante o Grupo Segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

15.4 O Prêmio Comercial (PC) do Seguro para cada Garantia contratada, a qualquer época, será igual ao valor do capital segurado multiplicado pela Taxa Comercial.

15.5 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido.

15.5.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

15.6 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

15.7 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

15.8 Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

15.9 A Seguradora delega ao Estipulante a cobrança dos prêmios, ficando este responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

15.9.1 Caso o Estipulante não efetue o repasse dos prêmios à Seguradora, fica assegurado o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

15.10 O Estipulante somente poderá interromper o recolhimento dos prêmios se houver o desligamento do aluno, professor ou funcionário ou mediante pedido formal do Segurado, salvo nos casos de cancelamento da Apólice.

15.11 O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.

15.12 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na fatura, o Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros

moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

15.13 O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

15.13.1 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

15.13.2 Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

15.14 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Estipulante serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

15.15 Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

15.16 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 15.13 anterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

15.16.1 No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

15.16.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 15.16 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

16. REABILITAÇÃO DA APÓLICE

A reabilitação da Apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completados 90 (noventa) dias de atraso e se dará sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios. A Seguradora responderá por todos os sinistros

ocorridos, inclusive os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

17. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

A(s) taxa(s) deste Seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes e de acordo com as taxas indicadas no Contrato da presente Apólice.

17.1 A Seguradora adotará uma taxa média final única tanto para as Garantias Básicas quanto para a Garantia Adicional, com base em experiências observadas.

17.2 No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual de cada Segurado.

17.3 Na fixação de taxa média final única, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

17.4 O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

17.4.1 Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

18. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas para as Garantias Básicas de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e para a Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

18.1 O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

- I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.
- II. Na data da reavaliação será apurado também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.
- III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.
- IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

18.2 Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do Grupo Segurado atual e nos respectivos capitais segurados.

18.3 Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

18.4 O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

18.5 A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Apólice, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

18.6 Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no plano, serão previamente submetidas a SUSEP.

18.7 Qualquer alteração das taxas de Seguro, por implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice ou Certificado Individual, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

19.1 As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19.2 O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, **com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.**

19.2.1 Nos demais casos, o cancelamento da Apólice somente se dará quando expirar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

19.3 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 obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

19.4 As Coberturas garantidas por este plano de Seguro cessarão automaticamente para o Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das Apólices e, conseqüentemente, do Grupo Segurável;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice deste Seguro;
- d) quando o Estipulante deixar de repassar o prêmio por período superior a 90 (noventa) dias;
- e) no último dia do mês de vigência do Seguro que seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante;
- f) no caso de Garantia Adicional, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- g) quando o Segurado ou Beneficiário for indenizado pelas garantias básicas de Morte Acidental ou de Invalidez Permanente Total por Acidente do presente Seguro.

19.5 Não obstante o disposto no subitem anterior, a Cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último Prêmio pago, se o Prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do capital segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, o formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o subitem 20.15 destas Condições Gerais.

20.1 A Indenização, de acordo com o plano de Seguro contratado, será paga sob a forma única, o que constará expressamente da Proposta de Contratação.

20.2 Os pagamentos relativos às Coberturas garantidas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

20.2.1 No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.2.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no subitem 20.2 anterior, implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

20.2.3 Os juros moratórios e sua forma de aplicação, citados no subitem anterior, estão fixados no item 14.

20.3 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de 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.

20.3.1 A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

20.3.2 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.

20.3.3 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.

20.4 Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para fins de verificação da Cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anterior a data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativo a outros meses.

20.5 Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos pela legislação.

20.6 O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

20.7 O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou Beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

20.8 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.

20.9 A Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garantida no presente Contrato deve ser comprovada através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 20.9.1, 20.9.2 e 20.9.3 posteriores.

20.9.1 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com os conceitos cobertos pelas Garantias reclamadas.

20.9.2 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

20.9.3 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente.

20.10 tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

20.11 É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

20.12 A Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devida não for efetuado diretamente ao Beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

20.13 Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

20.14 Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

20.15 Documentação obrigatória em caso de ocorrência de sinistro:

a) Para a Garantia de Morte Acidental (MA), na ocorrência do sinistro, compete aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver);
- Comprovante de residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o Segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa).

b) Para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência do sinistro, compete ao Segurado ou seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, além dos documentos mencionados na alínea "a" deste subitem, os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;

- Relatórios médicos;
 - Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
 - Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a invalidez do Segurado.
- c) Para a Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), na ocorrência do sinistro, compete ao Segurado ou seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, além dos documentos mencionados na alínea "a" deste subitem, os seguintes documentos:
- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
 - Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
 - Notas Fiscais originais;
 - Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
 - Receita Médica.

20.15.1 É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário. Entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o formulário de Aviso de Sinistro.

20.16 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

- a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- Certidão de Casamento ou Nascimento do beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também, RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
 - Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;

- Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado;
- b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
 - Certidão de Casamento ou Nascimento do beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do Segurado, quando não houver designação de beneficiários estipulada em contrato;
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Curatela, somente para a garantia de invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
 - Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado;

21. PERDA DE DIREITO

O Segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;**
- b) agravar intencionalmente o risco Segurado;**
- c) 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 propositos ou seus Beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;**
- d) deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob**

pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

- e) deixar de participar o sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento;**
- f) o sinistro decorrer de dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação.**

21.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia contratada.

21.2 O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída à diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21.3 Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.3.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a 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 garantia contratada.**

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

- a) cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a garantia contratada para riscos futuros.**

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

22. BENEFICIÁRIOS

São considerados Beneficiários as pessoas físicas designadas para receber o valor do Capital Segurado na ocorrência do sinistro.

22.1 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei, conforme informado abaixo:

22.1.1 Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao cônjuge

22.1.2 Segurado(a) casado, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.845, 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.

II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.

22.1.3 Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso II em concordância com 1.836 e 1.837 do Código Civil, ou seja:

I. Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge.

II. Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge competirá 1/3 (um terço) do capital segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).

22.1.4 Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao companheiro(a).

22.1.5 Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.

II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.

22.1.6 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes: 100% aos descendentes, divididos em partes iguais.

22.1.7 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes: 100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.

22.1.8 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes: 100% aos sucessores colaterais.

22.1.9 Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou sucessores colaterais: 100% àqueles que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

22.2. Somente é reconhecido o direito sucessório, e conseqüentemente a qualidade de Beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

22.3. Na garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas o Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 22.1 desta cláusula beneficiária.

22.4. Para o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o Segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do Segurado, devidamente comprovado) o seu direito à indenização.

23. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de Seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de Seguro em que o Prêmio tenha sido pago antecipadamente.

23.1. O Prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior serão atualizados de IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo, conforme estabelecido nos subitens 13.3 e 13.3.1.

24. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora,

respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas a SUSEP.

26. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

27. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

27.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 27 anterior.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

28.2. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Garantir, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do capital segurado de até 100% do limite máximo individual da garantia da Apólice para a Garantia Básica de Morte Acidental, determinado pela Seguradora, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. DEFINIÇÃO

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, Acidente Pessoal é o 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 consequência direta à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2 anterior, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;

k) queda n'água ou afogamento.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

5. CARÊNCIA

Para todas as Garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por Morte.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, de acordo com o subitem 20.15 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de até 100% do limite máximo individual da garantia básica de Morte Acidental, determinado pela Seguradora, caso o Segurado venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

2. DEFINIÇÕES

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, Acidente Pessoal é o 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 consequência direta à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

2.1. A Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;

- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

5. CARÊNCIA

Para todas as Garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a Invalidez Permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, descrita a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

| INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|-------------------|
| 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 | 100 |

| INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|------------|
| um dos pés | |
| Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| Alienação mental total e incurável | 100 |

| PARCIAL DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|------------|
| 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 |

| PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|------------|
| 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 | 25 |

| | |
|---|----|
| cotovelos | |
| Anquilose total de um dos punhos | 20 |
| Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metarcarpiano | 25 |
| Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metarcarpiano | 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: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo. | |

| PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|-------------------|
| 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 1º (primeiro) dedo | 10 |
| Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, | |

| PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO | % sobre CS |
|---|-------------------|
| indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| Encurtamento de um dos membros inferiores | |
| - de 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| - de 4 (quatro) centímetros | 10 |
| - de 3 (três) centímetros | 6 |
| menos de 3 (três) centímetros | sem indenização |

6.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

6.2. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

6.3. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

6.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

6.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

8. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

8.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

9. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

9.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

9.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, de acordo com o item 20.15 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

9.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

10. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado, seu representante ou o responsável pelo Segurado, para recebimento da indenização para esta Garantia, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

10.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

10.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

10.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar a indenização.

10.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e está limitado a 100% da Garantia Básica de Morte Acidental.

2. RISCOS COBERTOS

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

2.1. Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, podendo ser contratada das seguintes formas: para Acidente coberto, ocorrido com o aluno dentro ou fora do estabelecimento de ensino, em qualquer período do dia, ou em caso de Acidente ocorrido exclusivamente no interior do Estabelecimento de Ensino ou em seus eventos extracurriculares.

A forma de contratação desta cobertura será acordada entre as partes, e constará da Proposta de Contratação e da Apólice.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

4. CARÊNCIA

Para todas as Garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

6. CAPITAL MÁXIMO SEGUADO

Será definido nas Condições Particulares da Apólice e, em qualquer hipótese, não poderá ultrapassar ao capital garantido pela Garantia Básica de Morte Acidental.

7. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários à comprovação do acidente, descritos na alínea "c" do subitem 20.15 das Condições Gerais.

8. CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite Segurado para esta garantia em cada uma delas.

8.1. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a garantia de DMHO.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta Garantia, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado contratado na Garantia Básica de Morte Acidental.

9.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

Rio de Janeiro, 07 de abril de 2010



Adriana Hennig de Andrade
Atuário – MIBA 902

Cláudio Jorge Costa do Nascimento
Diretor de Relações