

## CONDIÇÕES GERAIS

### SEGURO EDUCACIONAL

#### 1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente Seguro tem por objetivo auxiliar o custeio das despesas com educação do Educando, em caso de ocorrência de eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

#### 2 DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total do Segurado, ou torne necessário o tratamento médico ou ainda a incapacidade do Segurado, observando-se que:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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.**

- 2.2 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.3 **Apólice:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato do Seguro Coletivo.
- 2.4 **Atividade Principal:** é a principal atividade laboral remunerada exercida pelo Segurado e assim declarada por este na Proposta de Adesão.
- 2.5 **Beneficiário:** é o Educando, ainda que representado ou assistido, na forma da Lei, que receberá a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado.
- 2.6 **Capital Segurado:** é a importância máxima a ser paga ao Beneficiário em função do valor estabelecido, vigente na data do evento, para as garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), inclusive suas extensões, quando contratadas.
- 2.7 **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.
- 2.8 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.9 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.10 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.11 **Contrato:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- 2.12 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário **que deverá ser respondido pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.
- 2.13 **Doença:** é a perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que torne necessário a sua internação hospitalar, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**

- 2.14 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.
- 2.15 **Educando:** é o estudante regularmente matriculado em estabelecimento de ensino fundamental, ensino médio, cursos de graduação, cursos de especialização, cursos de pós-graduação, cursos de pré-vestibular, cursos de alfabetização ou supletivos.
- 2.16 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 2.17 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.18 **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.19 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.20 **Franquia:** é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada garantia do Seguro.
- 2.21 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.22 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.23 **Grupo Segurável:** é o conjunto de proponentes que, comprovadamente, forem responsáveis pelo pagamento das mensalidades ao estabelecimento de ensino, sejam eles responsáveis legais pelo educando ou os próprios educandos, ou ainda apenas responsáveis legais pelo pagamento das mensalidades.
- 2.24 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado ou Renda Mensal, quando da ocorrência de evento coberto contratado.
- 2.25 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.26 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 2.27 **Período Indenizável:** é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as

garantias de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) ou de Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

- 2.28 **Período Letivo Coberto:** será o período letivo garantido pelo Seguro, podendo ser o semestre letivo em curso, o ano letivo em curso ou os ciclos escolares definidos no item 4. Este período será definido nas Condições Contratuais e na Apólice.
- 2.29 **Prêmio:** é o valor que o Segurado e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.30 **Proponente:** é o responsável pelo pagamento das mensalidades, podendo ser o próprio Educando, que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.31 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, **especificando seus dados cadastrais, inclusive a sua principal atividade laboral remunerada, e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.**
- 2.32 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.33 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.34 **Renda Mensal Temporária:** é uma renda contratada, limitado ao valor da mensalidade escolar, que será paga ao Segurado em caso sinistro.
- 2.35 **Responsável Legal:** é a pessoa comprovadamente responsável pelo pagamento das mensalidades ao estabelecimento de ensino e que tem o Educando como seu dependente.
- 2.36 **Riscos Excluídos:** **são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.**
- 2.37 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.38 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul – Previsul Seguradora, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 2.39 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.
- 2.40 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- 2.41 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

### 3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 As garantias do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, **sendo que o Seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas.**

3.2 Garantias Básicas:

3.2.1 Garantia Básica de Morte (GBM): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até a conclusão do período letivo de cobertura contratado, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) **Essa garantia não se aplica aos casos em que o Segurado é o próprio Educando.**

3.2.2 Morte Acidental (MA): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até a conclusão do período letivo de cobertura contratado, em decorrência do evento morte do Segurado ocasionada por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) **Essa garantia não se aplica aos casos em que o Segurado é o próprio Educando.**

3.2.3 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até a conclusão do período letivo de cobertura contratado, em caso de invalidez total e permanente do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste seguro.

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, **serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:**

- a.1) **a perda total da visão de ambos os olhos;**
- a.2) **a perda total do uso de ambos os membros superiores;**
- a.3) **a perda total do uso de ambos os membros inferiores;**
- a.4) **a perda total do uso de ambas as mãos;**
- a.5) **a perda total do uso de um membro superior e um inferior;**
- a.6) **a perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;**
- a.7) **a perda total do uso de ambos os pés; e**
- a.8) **a alienação mental total incurável.**

b) Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. **Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).**

c) O limite para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

d) **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.**

- e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
  - e.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.**
- f) **As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente pessoal de passageiros, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.**

3.2.4 Renda Temporária por Incapacidade (RTI): é a garantia do pagamento da renda contratada, ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até o término do período indenizável definido nas Condições Contratuais, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada observando o prazo de franquia definido no item 8.

3.2.5 Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA): é a garantia do pagamento da renda contratada, ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até o término do período indenizável definido nas Condições Contratuais, em caso de ocorrência do evento afastamento por incapacidade do Segurado de exercer a sua principal atividade laboral remunerada em função da ocorrência de acidente pessoal coberto, observando o prazo de franquia definido no item 8.

3.2.6 Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE): é a garantia do pagamento da renda contratada, ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até o término do período indenizável definido nas Condições Contratuais, em caso de ocorrência do evento involuntário do Segurado, durante a vigência do seguro, observando o prazo de franquia definido no item 8.

- a) A garantia prevista no item 3.2.6 será concedida também nos casos em que seja decretada juridicamente a falência da empresa cujo Segurado seja sócio-diretor, desde que a empresa esteja em funcionamento há pelo menos um ano. O simples fechamento da empresa não caracteriza a cobertura de falência.

### 3.3 Garantias Adicionais:

3.3.1 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, a contar do mês subsequente ao evento até a conclusão do período letivo de cobertura contratado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.

- a) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, **que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.** O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 3.3.1b).

- b) Para fins desta garantia, **considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada** – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**
- b.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
  - b.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
  - b.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
  - b.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
  - b.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
  - b.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - b.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - b.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - b.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
  - b.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), **desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**
  - b.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
  - b.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e
  - b.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- c) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos.
- d) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**
- d.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico**

**Incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.**

**d.2) A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

3.3.2 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Educando para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. **A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida garantia.**

a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**

a.1) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e**

a.2) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.3 Extensão de Garantia(s) para Despesas com Material Escolar: é a garantia do pagamento de um Capital Segurado adicional, ao Beneficiário, no início de cada período letivo, subsequente à ocorrência de evento coberto. Esta garantia adicional poderá ser aplicada às garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.3.4 Extensão de Garantia(s) para Despesas com Formatura: é a garantia do pagamento de um Capital Segurado adicional, ao Beneficiário, ao final do último ano do ensino médio e/ou curso de graduação, quando contratados. Esta extensão de garantia poderá ser aplicada às garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.3.5 Extensão de Garantia(s) para Despesas com Curso Pré-Vestibular: é a garantia do pagamento de um Capital Segurado adicional, ao Beneficiário, ao final do último ano do ensino médio, quando contratado. Esta extensão de garantia poderá ser aplicada às garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.3.6 Extensão de Garantia(s) para Perda de Período Letivo: é a garantia do reembolso das mensalidades já pagas no período, observado o limite estabelecido no contrato de seguro, caso o educando venha a perder o período letivo. Esta extensão de garantia poderá ser



aplicada às garantias Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.3.7 Extensão de Garantia(s) para Repetência: é a garantia do pagamento de um Capital Segurado adicional, ao Beneficiário, em caso de repetência do educando. Esta extensão de garantia poderá ser aplicada às garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

- a) Para fins deste Seguro, será considerada repetência a necessidade de cursar pela segunda vez o mesmo ano letivo escolar.
- b) O Capital Segurado adicional a ser pago ao Beneficiário, será equivalente ao total das mensalidades referentes ao período de repetência.
- c) **Nos casos em que o Segurado for o próprio Educando, a Extensão de Garantias para Repetência será concedida somente em decorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), se contratadas as respectivas coberturas.**
- d) **A Seguradora indenizará apenas 1 (um) ano de repetência.**
- e) **Não estarão cobertas as dependências de uma ou mais disciplinas.**

3.4 **A Garantia Básica de Morte (GBM) e a de Morte Acidental (MA) não poderão ser contratadas simultaneamente por um mesmo segurado.**

3.5 **A garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não poderá ser contratada sem a garantia Básica de Morte (GBM) e a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).**

3.6 Quando o Segurado for o próprio Educando, sendo este o responsável pelo pagamento das mensalidades, poderão ser contratadas as garantias básicas de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE), sem prejuízo à contratação das garantias adicionais.

3.7 **As garantia de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) não poderão ser contratadas simultaneamente por um mesmo segurado.**

#### 4 PERÍODO LETIVO E CICLOS ESCOLARES

4.1 O Seguro poderá ser contratado para o semestre letivo em curso, ou para o ano letivo em curso ou para os ciclos escolares definidos no item 4.2.

4.2 Os ciclos escolares passíveis de contratação são:

4.2.1 **Educação infantil:** destinado a garantir os gastos escolares com educandos cursando a pré-escola.

4.2.2 **Primeiro ciclo:** para estudantes cursando os primeiros cinco anos do Ensino Fundamental.

- 4.2.3 **Segundo ciclo:** para estudantes cursando os últimos quatro anos do Ensino Fundamental.
  - 4.2.4 **Terceiro ciclo:** para estudantes cursando o Ensino Médio.
  - 4.2.5 **Quarto ciclo:** para estudantes regularmente matriculados em cursos de graduação superior reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura.
  - 4.2.6 **Pós-Graduação:** para estudantes graduados regularmente matriculados em cursos de especialização ou pós-graduação reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura.
  - 4.2.7 **Pré-vestibular:** para estudantes de cursos preparatórios ao vestibular.
  - 4.2.8 **Alfabetização de adultos:** para estudantes que já tenham completado 18 (dezoito) anos, regularmente matriculados em cursos de alfabetização.
  - 4.2.9 **Cursos supletivos:** para estudantes que já tenham completado 18 (dezoito) anos, regularmente matriculados em cursos supletivos de ensino fundamental e de ensino médio, reconhecidos pelo Ministério da Educação e Cultura.
- 4.3 Em apólices estipuladas pelo Estabelecimento de Ensino, os Ciclos Escolares de cobertura oferecidos para contratação serão no máximo aqueles possíveis de serem cursados no próprio Estabelecimento. Nos casos em que o Estipulante não for o Estabelecimento de Ensino, o seguro poderá ser adquirido para quaisquer períodos de cobertura, desde que contínuos, mediante análise e aprovação da Proposta de Adesão.
- 4.4 **Quando a cobertura for contratada para o semestre letivo em curso ou para o ano letivo em curso, não se aplicam os ciclos escolares definidos no item 4.2.**

## 5 RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1 **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**
- 5.1.1 **de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;**
  - 5.1.2 **de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;**
  - 5.1.3 **de ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;**
  - 5.1.4 **de atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios diretores, dirigentes, administradores, beneficiários e pelos respectivos representantes, do Estipulante;**
  - 5.1.5 **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**

- 5.1.6 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
  - 5.1.7 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;
  - 5.1.8 de atos terroristas;
  - 5.1.9 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;
  - 5.1.10 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
  - 5.1.11 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
  - 5.1.12 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
  - 5.1.13 de choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;
  - 5.1.14 do parto ou aborto e suas conseqüências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
  - 5.1.15 de hérnias de quaisquer naturezas e suas conseqüências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.
- 5.2 Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão também expressamente excluídos das garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em conseqüência:
- 5.2.1 de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- 5.3 Além dos riscos mencionados nos subitens 5.1 e 5.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) os eventos ocorridos em conseqüência:
- 5.3.1 de doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;
  - 5.3.2 de estresse, incluído “*burnout*”, e depressão;
  - 5.3.3 de doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
  - 5.3.4 de tratamento dentário não decorrente de acidente e suas conseqüências;
  - 5.3.5 de cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas conseqüências;

- 5.3.6 de cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
  - 5.3.7 de gravidez, parto e/ou aborto e suas conseqüências;
  - 5.3.8 de fibromialgias;
  - 5.3.9 de doença Miofascial;
  - 5.3.10 de tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas conseqüências;
  - 5.3.11 de tratamento clínico ou cirúrgico de *hallus valgus* (joanete);
  - 5.3.12 de todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
  - 5.3.13 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorróidas;
  - 5.3.14 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
  - 5.3.15 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas conseqüências;
  - 5.3.16 de tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas conseqüências;
  - 5.3.17 de tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas conseqüências;
  - 5.3.18 de tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas conseqüências;
  - 5.3.19 de complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- 5.4 Além dos riscos mencionados nos subitens 5.1 e 5.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) os eventos ocorridos em conseqüência:
- 5.4.1 de jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
  - 5.4.2 de renúncia ou perda voluntária do emprego;
  - 5.4.3 de trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;

- 5.4.4 **do término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;**
- 5.4.5 **de demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;**
- 5.4.6 **de exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;**
- 5.4.7 **do desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;**
- 5.4.8 **de perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período; e**
- 5.4.9 **de trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho, de forma contínua e ininterrupta por pelo menos um ano, ou não trabalhando regularmente como servidor público concursado, na função para a qual foi aprovado no concurso público ao qual concorreu e já tendo terminado o estágio probatório.**
- 5.4.10 **Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:**
  - a) **exerçam atividades em regime complementar de trabalho, ou como “horistas”;**
  - b) **estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;**
  - c) **estágio escolar;**
  - d) **trabalho como profissional autônomo;**
  - e) **donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.**
- 5.5 **Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:**
  - 5.5.1 **a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
  - 5.5.2 **a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;**
  - 5.5.3 **os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);**

- 5.5.4 **as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;**
  - 5.5.5 **as doenças agravadas por traumatismos;**
  - 5.5.6 **as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;**
  - 5.5.7 **os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado; e**
  - 5.5.8 **toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.3.1b).**
- 5.6 Os riscos excluídos previstos nos itens 5.1.6 e 5.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

## 6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1 As garantias previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **exceto para as garantias de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) que se aplicam apenas para eventos ocorridos em território nacional.**

## 7 CARÊNCIA

- 7.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice e na Proposta de Adesão.
- 7.1.1 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.
  - 7.1.2 **A contagem do período de carência reiniciará caso haja a alteração do responsável legal pelo pagamento das mensalidades.**
  - 7.1.3 O período de carência estabelecido poderá ser de, no máximo, 2 (dois) anos.
- 7.2 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses,** contados a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 7.3 **O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.**

## 8 FRANQUIA

- 8.1 **A garantia de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. O período de franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.**
- 8.2 **A garantia de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. O período de franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.**
- 8.3 **A garantia de Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida nas Condições Contratuais e na Proposta de Adesão. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.**

## 9 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.
- 9.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.
  - 9.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
  - 9.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.
- 9.3 **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 9.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.
- 9.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

## 10 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 10.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:
  - 10.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

- 10.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.
- 10.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 10.2.1 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.
- 10.3 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as Condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.
- 10.4 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 10.4.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 10.4.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 10.5 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.
- 10.6 **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 10.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 10.7 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.
- 10.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.
- 10.9 Para cada Segurado incluído no Seguro, será enviado um Certificado Individual.
- 10.10 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

## 11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.
- 11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.



- 11.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 11.1.3 **O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato de Seguro.**
- 11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.
- 11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 11.2.2 **A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.**
- 11.3 **Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**
- 11.4 **O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.**
- 11.5 Será enviado novo Certificado Individual aos segurados em cada uma das renovações do Seguro.

## 12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1 O custeio do Seguro poderá ser:
- 12.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- 12.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.
- 12.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.
- 12.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.**
- 12.4 **É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.** Quando houver o recolhimento,

juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. **É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**

- 12.5 **Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização monetária e sem os juros previstos no item 12.7, no primeiro dia útil subsequente.**
- 12.6 Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 12.7 **Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).**
  - 12.7.1 **Após dois prêmios devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 20.1.**
- 12.8 Os tributos incidentes sobre a contratação do Seguro serão recolhidos na forma da Lei.

### **13 ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, RENDAS MENSAS E PRÊMIOS**

- 13.1 **Os Capitais Segurados, Rendas Mensais e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.**
  - 13.1.1 **Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo da mensalidade, estes serão recalculados conforme a variação das mensalidades, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.**
- 13.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 13.3 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

### **14 RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO**

- 14.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

14.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 11.3.**

14.2 **Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.**

## 15 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

15.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado e/ou Renda Mensal, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

15.1.1 nas garantias Básica de Morte (GBM), a data do falecimento;

15.1.2 nas garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a data do acidente;

15.1.3 na garantia de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;

15.1.4 na garantia de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), a data em que o Segurado ficou incapaz de exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovada por declaração do Médico Assistente;

15.1.5 na garantia de Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), a data do acidente, que tenha originado o quadro de incapacidade do Segurado para exercer a sua principal atividade laboral remunerada, comprovado por declaração do Médico Assistente;  
e

15.1.6 na garantia de Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE), a data da demissão, quando da Consolidação das Leis do Trabalho, ou da exoneração, quando servidor público concursado.

15.2 A reintegração do Capital Segurado relativo à garantia adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente.

15.3 A reintegração do Capital Segurado relativo às garantias adicionais de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) é automática após o retorno às atividades profissionais, no caso de perda de renda, ou após a alta médica definitiva, no caso de invalidez temporária.

## 16 FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 16.1 As indenizações decorrentes das garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), incluindo as extensões de garantias, serão pagas sob a forma de pagamento único.
- 16.2 As indenizações decorrentes das garantias de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) serão pagas mensalmente ao beneficiário durante o período indenizável contratado.
- 16.2.1 Para a garantia de Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE) as indenizações somente serão devidas mediante apresentação do comprovante de recebimento das parcelas do seguro desemprego, garantido pela Previdência Social, conforme item 18.3.6e).
- 16.3 É vedado o pagamento de indenização de forma única, exceto os seguintes casos:
- 16.3.1 Quando o Capital Segurado se restrinja ao último ano letivo do período contratado;
- 16.3.2 Quando o pagamento da indenização se refira à invalidez do Educando;
- 16.3.3 Quando o pagamento da indenização se refira à concessão de um dote ao final do período de formação; ou
- 16.3.4 Quando o pagamento da indenização se refira às despesas escolares do ano de referência.
- 16.4 O pagamento da indenização será suspenso no caso de descontinuidade dos estudos, sem que haja a perda de direito dos valores indenizáveis e de sua respectiva atualização monetária, uma vez caracterizado o evento coberto.

## 17 BENEFICIÁRIO(S)

- 17.1 O Beneficiário será sempre o Educando, ainda que representado ou assistido na forma da lei.
- 17.2 O pagamento da indenização poderá ser realizado diretamente ao estabelecimento de ensino, desde que haja prévia anuência do Responsável Legal pelo Educando, ou deste último quando maior, a ser firmada periodicamente. Neste caso, a periodicidade do pagamento da indenização e da anuência prévia será, no máximo, semestral.

## 18 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1 **Em caso de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar inequivocadamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.3.**

18.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 18.3 destas Condições Gerais.

**18.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.**

18.3 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

18.3.1 Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- e) certificado de seguro;
- f) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- g) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- h) grade escolar;
- i) histórico escolar;
- j) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- k) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades;
- l) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro; e
- m) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.3.2 Em caso de morte acidental:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- i) certificado de seguro;
- j) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- k) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- l) grade escolar;
- m) histórico escolar;
- n) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- o) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades;
- p) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro; e
- q) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.3.3 Em caso de invalidez permanente total por acidente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- i) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- j) certificado de seguro;
- k) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- l) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;

- m) grade escolar;
- n) histórico escolar;
- o) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- p) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades; e
- q) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro.

18.3.4 Em caso de invalidez funcional permanente total por doença:

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo Médico Assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.1b) e 3.3.1c).
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.1b) e 3.3.1c) .
- e) cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF do Segurado;
- f) laudos e exames médicos;
- g) documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- h) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- i) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- j) certificado de seguro;
- k) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- l) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- m) grade escolar;
- n) histórico escolar;
- o) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;

- p) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades; e
- q) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro.

18.3.5 Em caso de incapacidade temporária:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) atestado médico original, com firma reconhecida, que comprove o afastamento do trabalho, informando inclusive o número de dias de afastamento;
- c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia de todos os exames complementares realizados;
- e) relatório médico onde deve constar a data do evento, diagnóstico e tratamento realizado;
- f) documento original, comprobatório da invalidez, expedido por órgão oficial da previdência;
- g) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i) formulário de comprovação de Acidente de Trabalho e/ou Acidente Pessoal, caso houver;
- j) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- k) documentos de baixa hospitalar expedido pela administração do hospital (em caso de internação para realização de cirurgia);
- l) cópia autenticada do comprovante de renda, se profissional autônomo enviar a declaração do imposto de renda e/ou declaração do contador, se profissional com vínculo empregatício enviar o contracheque;
- m) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- n) certificado de seguro;
- o) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- p) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- q) grade escolar;
- r) histórico escolar;
- s) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- t) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades;



- u) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro; e
- v) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.3.6 Em caso de perda de emprego:

- a) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- b) folha autenticada da rescisão do contrato do trabalho;
- c) cópia da carteira de trabalho;
- d) documento de levantamento do fundo de garantia junto a Caixa Federal;
- e) comprovante do recebimento das parcelas do seguro desemprego, garantido pela Previdência Social;
- f) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- g) certificado de seguro;
- h) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- i) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- j) grade escolar;
- k) histórico escolar;
- l) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- m) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades;
- n) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro; e
- o) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.3.7 Em caso de falência da empresa:

- a) contrato Social ou Estatuto da Empresa do Segurado que comprove que o mesmo atuava como sócio-diretor da empresa há mais de um ano;
- b) decisão judicial declaratória de falência;
- c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- e) certificado de seguro;
- f) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- g) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- h) grade escolar;

- i) histórico escolar;
- j) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- k) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades;
- l) no caso de curso superior, declaração do estipulante informando a quantidade total de créditos para a conclusão do período letivo coberto e a quantidade de créditos cursados até a data de ocorrência do sinistro, como também a quantidade de meses necessária para a conclusão do período letivo coberto a partir da data de ocorrência do sinistro; e
- m) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

18.3.8 Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- f) cópia do comprovante de Residência do Segurado;
- g) certificado de seguro;
- h) cópia do contrato de Prestação de Serviços firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- i) termo de adesão ao Seguro para comprovação da responsabilidade financeira;
- j) grade escolar;
- k) histórico escolar;
- l) cópia da ficha de presença do Educando no estabelecimento de ensino;
- m) no caso de curso superior, declaração financeira informando o número e o valor das disciplinas cursadas no período, baseado na data de ocorrência do sinistro;
- n) cópia 3 (três) últimos boletos para comprovação do pagamento das mensalidades; e
- o) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

**18.4 O segurado ou seus familiares, mesmo após a entrega de toda a documentação necessária para a comprovação do sinistro, não se exime, sob nenhuma hipótese, do pagamento das mensalidades escolares até a data que a Seguradora se pronunciar favorável à indenização, sob pena de ter que arcar com todas as multas, encargos financeiros e jurídicos decorrente do atraso no pagamento das mensalidades.**

- 18.5 **Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado e/ou Renda Mensal será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 12.7.**
- 18.6 **As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 18.7 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 18.8 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.
- 18.9 **O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.**
- 18.10 **As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.**
- 18.11 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado e/ou Renda Mensal vigente na data do evento
- 18.11.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 18.2, deverá ser observado o disposto no item 26.1.
- 18.11.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.2 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.
- 18.11.3 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.
- 18.12 **Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a garantia em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.**
- 18.13 Comprovado o desemprego involuntário e o direito às garantias de Renda Temporária por Incapacidade (RTI), Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA) e Renda Mensal Temporária por Perda de Emprego (RMTPE), a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, **limitada ao valor da mensalidade e observando o disposto no item 16.2.1.**
- 18.13.1 A Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora durante o período indenizável contratado.

18.13.2 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, limitada ao período indenizável contratado.

18.14 Para as garantias de Renda Temporária por Incapacidade (RTI) e Renda Temporária por Incapacidade decorrente de Acidente Pessoal (RTIA), nos casos em que o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias será necessário enviar à Seguradora cópia do Atestado Médico comprovando a continuidade da invalidez.

18.14.1 Comprovada a incapacidade e o direito à garantia, a Seguradora efetuará o pagamento da Renda Mensal Temporária, **limitada ao valor da mensalidade**, de acordo com o período de incapacidade atestada por relatório médico.

18.14.2 Quando o período de incapacidade superar 30 (trinta) dias, a Renda Mensal Temporária será paga mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base o período de incapacidade do Segurado definido por relatório e atestado médico atualizado que deverá ser entregue mensalmente.

18.14.3 Quando o período de incapacidade não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora efetuará um único pagamento no valor proporcional da Renda Mensal Temporária contratada correspondente ao período de incapacidade do Segurado, a contar do término do período de franquia, conforme item 8.1, até a alta médica.

18.14.4 Se, durante o período de incapacidade, o Segurado vier a falecer, cessará o direito à garantia. Neste caso, os beneficiários do Segurado, definidos de acordo com a legislação em vigor, receberão a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que, em vida, o Segurado permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada na Proposta de Adesão.

18.14.5 Se o Segurado vier a se aposentar por tempo de serviço, no decorrer do seu período de incapacidade, considera-se extinto o interesse segurado (renda) e por consequência o direito a receber o benefício. Neste caso, o Segurado receberá a Renda Mensal Temporária, ainda não indenizada, correspondente ao período em que o mesmo permaneceu incapaz de exercer sua atividade principal laboral remunerada declarada na Proposta de Adesão.

a) A aposentadoria vinculada à invalidez originária do evento não prejudica o pagamento do benefício.

18.14.6 O Segurado não terá direito à garantia se, em decorrência de um mesmo evento, ficar incapacitado de exercer a sua atividade principal laboral remunerada por período igual ou inferior ao período de franquia.

18.14.7 A Renda Mensal Temporária será devida do dia subsequente ao término da franquia até a alta médica ou, em caso de falecimento do Segurado, até a data do óbito.

18.14.8 A Renda Mensal Temporária, para o mesmo ciclo de vigência anual da cobertura individual, em hipótese alguma será devida além do período indenizável contratado para as garantias.

- 18.15 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 18.15.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.
- 18.15.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 18.16 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

## 19 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 19.1 **O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):**
- 19.1.1 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;**
- 19.1.2 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;**
- 19.1.3 **inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;**
- 19.1.4 **fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências;**
- 19.1.5 **se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.**
- 19.2 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 19.1, não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:**
- 19.2.1 **na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- a) **cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- 19.2.2 **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.**
- 19.3 **Nulo será o Contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.**

- 19.4 **O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.**
- 19.5 **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.**
- 19.5.1 **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 seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 19.5.2 **O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

## 20 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 20.1 **Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.**
- 20.1.1 **Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 20.1.2 **Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 20.2 **Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.**
- 20.3 **A qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice.**
- 20.4 **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.**
- 20.5 **O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

## 21 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 21.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 21.2 **O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.**
- 21.2.1 **Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.**
- 21.3 **A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado às garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).**
- 21.4 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:**
- 21.4.1 **com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou**
- 21.4.2 **quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**

## 22 EXCEDENTE TÉCNICO

- 22.1 **Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente, da forma que segue:**
- 22.1.1 **A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.**
- a) **Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:**
- a.1) **prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e**
- a.2) **estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.**
- b) **São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:**
- b.1) **comissões de corretagem e agenciamento pagas durante o período;**
- b.2) **comissões de administração pagas durante o período;**
- b.3) **valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;**
- b.4) **saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e**

- b.5) despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
  - c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
    - c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
    - c.2) o aviso à seguradora, para sinistros;
    - c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
    - c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.
- 22.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 22.4.
- 22.3 **A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação**, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 22.4 **Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.**
- 22.5 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

### 23 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 23.1 Constituem obrigações do Estipulante:
- 23.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
  - 23.1.2 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
  - 23.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
  - 23.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
  - 23.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
  - 23.1.6 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
  - 23.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;



- 23.1.8 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
  - 23.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
  - 23.1.10 informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
  - 23.1.11 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; e
  - 23.1.12 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quando ao Seguro contratado.
- 23.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

## 24 REGIME FINANCEIRO

- 24.1 **Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.**

## 25 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 25.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.
- 25.2 **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**

## 26 MORA

- 26.1 **A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 18.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.**
- 26.1.1 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.
- 26.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência

e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

26.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

## **27 FORO**

27.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado, do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

**TABELA PARA CÁLCULO  
INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
<b>Total</b>	Perda total da visão de ambos os olhos	<b>100</b>	Perda total do uso de ambos os membros superiores	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	<b>100</b>	Perda total do uso de ambas as mãos	<b>100</b>
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	<b>100</b>	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	<b>100</b>
	Perda total do uso de ambos os pés	<b>100</b>	Alienação mental total incurável	<b>100</b>
<b>Parcial Diversas</b>	Perda total da visão de um olho	<b>30</b>	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	<b>70</b>
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	<b>40</b>	Surdez total incurável de um dos ouvidos	<b>20</b>
	Mudez incurável	<b>50</b>	Fratura não consolidada do maxilar inferior	<b>20</b>
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	<b>20</b>	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	<b>25</b>
<b>Parcial Membros Superiores</b>	Perda total do uso de um dos membros superiores	<b>70</b>	Perda total do uso de uma das mãos	<b>60</b>
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	<b>50</b>	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	<b>30</b>
	Ancilose total de um dos ombros	<b>25</b>	Ancilose total de um dos cotovelos	<b>25</b>
	Ancilose total de um dos punhos	<b>20</b>	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	<b>25</b>
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	<b>18</b>	Perda total do uso da falange distal do polegar	<b>09</b>
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	<b>15</b>	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	<b>12</b>
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	<b>09</b>	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
<b>Parcial Membros Inferiores</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	<b>70</b>	Perda total do uso de um dos pés	<b>50</b>
	Fratura não consolidada de um fêmur	<b>50</b>	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibio-peroneiros	<b>25</b>
	Fratura não consolidada da rótula	<b>20</b>	Fratura não consolidada de um pé	<b>20</b>
	Ancilose total de um dos joelhos	<b>20</b>	Ancilose total de um dos tornozelos	<b>20</b>
	Ancilose total de um quadril	<b>20</b>	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	<b>25</b>
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	<b>10</b>	Amputação de qualquer outro dedo	<b>03</b>
	<b>Encurtamento de um dos membros inferiores:</b>		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	<b>15</b>		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	<b>10</b>		
	De 3 (três) centímetros	<b>06</b>		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				