

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

Seguro Escolar



APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais do Seguro Escolar que regulamentam o funcionamento da apólice de seguro contratada.

Para todos os efeitos, serão consideradas exclusivamente as disposições referentes às coberturas especificadas e contratadas pelo segurado, desconsiderando quaisquer outras que não estejam expressamente descritas na apólice e nestas Condições Gerais e Especiais.

Nos casos não previstos neste documento, aplicam-se as normas legais e regulamentares vigentes que regem os contratos de seguro no Brasil.

Ao contratar o seguro, o segurado declara ter conhecimento destas Condições Gerais e Especiais, comprometendo-se a observá-las, especialmente no que se refere às cláusulas que estabelecem limitações, exclusões e obrigações contratuais.

Recomendamos a leitura atenta de todo o conteúdo, para melhor compreensão das condições do seguro.

As coberturas efetivamente contratadas estarão descritas na apólice ou no documento contratual correspondente.

DISPOSIÇÕES INICIAIS

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- b) O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- d) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Centauro Vida e Previdência S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo 15414.004350/2009-05.

SUMÁRIO

1) DEFINIÇÕES	5
2) CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO	8
3) OBJETIVO DO SEGURO	9
4) COBERTURAS DO SEGURO	9
5) DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO	9
6) RISCOS EXCLUÍDOS	24
7) CARÊNCIAS E FRANQUIA	27
8) ACEITAÇÃO DO SEGURO	27
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	29
10) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE	29
11) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	30
12) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITALS E PRÊMIOS	30
13) CUSTEIO DO SEGURO	30
14) PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO	30
15) CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	32
16) PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	32
17) PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	34
18) RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	34
19) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	37
20) BENEFICIÁRIOS	37
21) REGIME FINANCEIRO	38
22) MODIFICAÇÕES DE RISCO	38
23) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	39
24) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	40
25) EXCEDENTE TÉCNICO	41
26) RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO	42
27) ALTERAÇÃO CONTRATUAL	43
28) FORO	43
29) PRESCRIÇÃO	43
30) MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA	44
31) CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	44

1 - DEFINIÇÕES

ACEITAÇÃO: aprovação, pela seguradora, da proposta de seguro a ela submetida para a contratação do seguro.

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

AGRAVAMENTO DO RISCO: ação ou omissão praticada pelo segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

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

ATO DOLOSO: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

ATO ILÍCITO: toda a ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de um sinistro, que o segurado ou o(s) beneficiário(s) deverá(ão) encaminhar à seguradora, assim que tenha conhecimento do evento passível de cobertura.

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

BOA-FÉ: um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à indenização dos capitais segurados contratados.

CARREGAMENTO: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURA DO SEGURO: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato de seguro, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados e dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

CORRETOR DE SEGUROS: profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nos prêmios.

DATA DO EVENTO: Data de ocorrência do evento / risco coberto.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DOENÇA: é o evento decorrente de perturbação das condições de saúde do segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando em classificação de acidente pessoal.

DOLO: intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.

ENDOSSOS (OU ADITIVOS): documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, pelo qual esta e o segurado acordam quanto à alteração de dados, modificam as condições ou o objeto do seguro.

ENCAMPAÇÃO: é a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra seguradora.

ESTIPULANTE: é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação e regulação em vigor. O estipulante poderá manter vínculo indireto com o grupo segurado por intermédio de subestipulante, para o qual se aplicam todas as disposições destas condições gerais, observados os limites de atuação e de responsabilidades definidos no contrato em relação a cada parte.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à seguradora em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

EXCEDENTE TÉCNICO: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

FORO: refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

FRANQUIA: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

FRAUDE: obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: é o valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO DE VALORES: é o índice econômico adotado pela seguradora para atualização dos valores.

INFORMAÇÕES RELEVANTES: são os dados, fatos ou circunstâncias que o segurado deve declarar para a seguradora e que tenham ocorrência e ciência de sua existência antes da contratação, sejam elas decorrentes de pareceres médicos, exames, consultas médicas e que influenciem diretamente na aceitação da proposta, independentemente da existência de um questionamento pela seguradora de forma específica, mas que decorram do histórico de saúde do segurado.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO: data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

LAUDO MÉDICO: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do segurado.

LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO: pagamento da indenização propriamente dita, devida ao segurado ou aos seus Beneficiários após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

MÁ-FÉ: agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

MÉDICO ASSISTENTE: profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que esteja emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.). Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

OMISSÃO: no seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

PERÍODO DE ANÁLISE DO RISCO: período de 25 (vinte e cinco) dias, a serem contados a partir do dia de recebimento, pela seguradora, da proposta de contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente e dos documentos complementares solicitados.

PERÍODO DE COBERTURA: período em que o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo seguro.

PRÊMIO: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

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

PROPONENTE: pessoa que propõe a contratação do seguro e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do

prêmio correspondente.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, nele manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento em que o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro em proveito dos componentes do grupo segurável, nele manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES: àquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados nesse mesmo período.

REGULAÇÃO DE SINISTROS: conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO: recomposição do capital segurado após a liquidação do sinistro.

RESILIÇÃO DO CONTRATO: é a extinção de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ainda ser implementada por ato unilateral de uma das partes.

RISCOS EXCLUÍDOS: eventos preestabelecidos nas condições gerais e especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

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

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

SINISTRO: ocorrência de um dos eventos cobertos, durante o período de vigência do seguro.

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

TAXA SELIC: taxa básica de juros da economia brasileira, servindo de referência para a apuração e cálculo de juros de mora, sendo definida pelo Conselho de Política Monetária – COPOM, órgão vinculado ao Banco Central do Brasil.

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

VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL: período em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

2 - CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO

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

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, para o plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.2 Condições Especiais

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

2.3 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do segurado, dos beneficiários, do estipulante e subestipulante.

2.4 Contrato

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.

3 - OBJETIVO DO SEGURO

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

3.2 Este seguro é de contratação coletiva.

3.3 Para fins deste seguro, o segurado será sempre o aluno/estudante, o professor ou o funcionário vinculado à Instituição de Ensino, efetivamente incluído no seguro.

4 - COBERTURAS DO SEGURO

4.1 O seguro Acidentes Pessoais Escolar oferece a cobertura básica de Morte Acidental, além das coberturas adicional e opcional conforme abaixo:

4.1.1 Cobertura adicional:

- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente

4.1.2 Coberturas opcionais:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente Plus

- Doenças Graves Infanto-Juvenil

4.2 As coberturas poderão ser contratadas em conformidade com as opções de planos oferecidas por esta sociedade seguradora quando da contratação do seguro.

5 - DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO

5.1 COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MAC)

5.1.1 Tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, **por causas acidentais**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens da presente Condição Geral.

5.1.2 Esta cobertura, para segurados menores de 14 (catorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério

da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

5.1.3 O âmbito geográfico para esta cobertura será em todo o globo terrestre.

5.1.4 Será considerada como data do evento, para fins desta cobertura, a data do falecimento do segurado, desde que decorrente de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

5.2 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

5.2.1 Tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

5.2.2 Esta cobertura não se destina para segurados menores de 14 (catorze) anos, observado que para estes é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

5.2.3 Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	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 um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectomia bilateral	100%
PARCIAL DIVERSAS	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%

PARCIAL DIVERSAS	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	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 cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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, equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

DIVERSOS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5%
	Em grau médio	10%
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato	7%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3%
	Ectrópio bilateral	6%
	Entrópio unilateral	7%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	3%
	Má oclusão palpebral bilateral	6%
	Ptose palpebral unilateral	5%
	Ptose palpebral bilateral	10%
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	

Amputação total de uma orelha	8%
Amputação total das duas orelhas	16%
PERDA DO BAÇO	15%
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
Cistostomia (definitiva)	30%
Incontinência urinária permanente	30%
Perda de um rim, com rim remanescente	
com função renal preservada	30%
Redução da função renal (não dialítica)	50%
Redução da função renal (dialítica)	75%
Perda de rim único	75%
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	5%
Perda de dois testículos	15%
Amputação traumática do pênis	40%
Perda de um ovário	5%
Perda de dois ovários	15%
Perda do útero antes da menopausa	30%
Perda do útero depois da menopausa	10%
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
Traqueostomia definitiva	40%
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
com função respiratória preservada	15%
com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
com redução em grau médio da função respiratória	50%
com insuficiência respiratória	75%
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10%
Mastectomia bilateral	20%
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20%

DIVERSOS	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colostomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	5%

5.2.4 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

5.2.5 Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

5.2.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, observado o limite de 100% (cem por cento) da cobertura. Da mesma forma, 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.

5.2.7 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.

5.2.8 As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, ocorrer a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a indenização por morte deve ser

deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

5.2.9 No caso de indenização por invalidez **parcial** por acidente o capital segurado é reintegrado automaticamente após cada evento, sem cobrança adicional de prêmio.

5.2.10 O segurado será excluído do seguro quando houver o pagamento da indenização por invalidez **total** por acidente.

5.2.11 O âmbito geográfico para esta cobertura será em todo o globo terrestre.

5.2.12 Será considerada como data do evento, a data do acidente.

5.3 COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

5.3.1 Tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, 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 ocorridos durante a vigência do seguro.

5.3.2 O segurado poderá escolher os prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que estes sejam legalmente habilitados. A seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao segurado, desde que preservada a sua livre escolha.

5.3.2.1 A rede credenciada oferecida pela seguradora visa facilitar a utilização dos serviços uma vez que não há necessidade do desembolso imediato, porém é livre a escolha dos prestadores de serviços pelo segurado **e o atendimento pelo prestador será realizado até o limite do capital segurado individual contratado.**

5.3.3 Em caso de necessidade de tratamento fisioterápico este deve ser requisitado pelo próprio médico que prestou o atendimento clínico até o limite de 20 sessões por evento coberto.

5.3.4 Em caso de existência de exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonâncias magnéticas), os laudos dos mesmos devem acompanhar os documentos para reembolso.

5.3.5 Em caso de necessidade de material de síntese (materiais cirúrgicos), este deverá ser requisitado pelo médico;

5.3.6 Os valores de reembolso serão apurados com base nas despesas efetivamente comprovadas pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado contratado e os valores usualmente praticados pelo mercado para os procedimentos cobertos, podendo a seguradora solicitar esclarecimentos ou documentos complementares quando necessário à adequada análise do sinistro.

5.3.7 A seguradora arcará com as despesas até o limite do capital segurado individual contratado pela apólice, e, caso o capital segurado individual contratado seja insuficiente para cobrir as despesas do evento, o valor que exceder será de responsabilidade da Instituição de Ensino, cabendo a referida Instituição, se assim couber, cobrar dos pais ou responsáveis o valor excedido e não suportado pela apólice de seguro.

5.3.8 O âmbito geográfico para esta cobertura será definido em contrato/proposta de contratação podendo ser:

- i. Cobertura do seguro 24 horas;
- ii. Cobertura restrita conforme abaixo:
 - a. Nas dependências da Instituição de Ensino;
 - b. Nos eventos promovidos pela Instituição de Ensino e sob a coordenação desta;
 - c. No trajeto residência-escola-residência, dentro dos 30 minutos anteriores e posteriores ao horário de início e final do período escolar diário.

5.3.9 No caso de indenização da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente o capital segurado é reintegrado automaticamente após cada pagamento, sem cobrança adicional de prêmio.

5.3.10 Será considerada como data do evento, a data do acidente.

5.4 COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE PLUS (DMHO PLUS)

5.4.1 Tem por objetivo garantir o reembolso dos valores que excederem o capital segurado individual contratado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, desde que:

- i. Respeitadas as condições previstas para a cobertura de Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas por Acidente previstas no item 5.3.
- ii. Decorrentes exclusivamente dos eventos classificados no item 5.4.4.
- iii. Limitado ao capital segurado contratado para esta cobertura.

5.4.2 O capital segurado para essa cobertura será global, ou seja, representa um valor único oferecido a todos os segurados durante a vigência. Caso o capital segurado global seja consumido integralmente durante a vigência, a apólice deixará de cobrir os reembolsos excedentes ao capital segurado individual, permanecendo a cobrança do prêmio do seguro.

5.4.3 O capital segurado para esta cobertura não será reintegrado após cada ocorrência de sinistro, ocorrendo a reintegração somente na renovação da apólice, respeitado o disposto na cláusula 9 da presente Condição Geral.

5.4.4 Estarão abrangidos por esta cobertura os eventos decorrentes exclusivamente de:

MEMBROS SUPERIORES		
MEMBROS	CBHPM	PROCEDIMENTO
OMBRO	30717108	Fraturas e/ou luxações e/ou avulsões
BRAÇO	30718040	Fratura (incluindo descolamento epifisário)
COTOVELO	30719097	Fraturas e ou luxações

PUNHO	30721156	Fratura do carpo
	30721202	Luxação do carpo
MÃO	30722063	Amputação ao nível dos metacarpianos
	30722080	Amputação transmetacarpiana 5B
	30722098	Amputação transmetacarpiana com transposição de dedo 6A
	30722071	Amputação de dedo (cada)
	30722284	Dedo em martelo
	30722365	Fratura de Bennett
	30722462	Lesões ligamentares agudas da mão
	30722497	Luxação metacarpofalangeana
	30722500	Luxação metacarpofalangeana
	30722772	Roturas tendino - ligamentares da mão (mais que 1)
	30722357	Fratura de Bennett

MEMBROS INFERIORES		
MEMBROS	CBHPM	PROCEDIMENTO
PELVE	30723035	Fratura da cintura pélvica
	30723043	Fratura/luxação com fixador externo
	30723060	Fraturas e/ou luxações do anel pélvico
	30723051	Fraturas e/ou luxações do anel pélvico (com uma ou mais abordagens)
	30724155	Fratura de acetábulo (com uma ou mais abordagens)
	30724171	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral
	30724180	Fratura e/ou luxação e/ou avulsão coxo-femoral
FÊMUR	30725119	Fraturas de fêmur
	30725127	Fraturas de fêmur
JOELHO	30726174	Lesões ligamentares agudas
	30726115	Fraturas e/ou luxações ao nível do joelho
	30726123	Fraturas e/ou luxações ao nível do joelho
	30733065	Reparo ou sutura de um menisco 10C
PERNA	30727120	Fraturas de fíbula (inclui descolamento epifisário)
	30727111	Fraturas de fíbula (inclui o descolamento epifisário)
	30727146	Fraturas de tíbia e fíbula (inclui descolamento epifisário)

PÉ	30729157	Fratura e/ou luxações do pé (exceto antepé)
	30729270	Rotura do tendão de Aquiles
COLUNA VERTEBRAL	30715318	Tratamento cirúrgico de lesão traumática raquimedular
	30715164	Fratura e ou luxação de coluna tratamento cirúrgico

OUTROS	30731119	Tenoplastia / enxerto de tendão
	30731127	Tenoplastia de tendão em outras regiões
	30731135	Tenorrafia múltipla em outras regiões
	30731143	Tenorrafia no túnel osteofibroso mais de 2 dígitos
	30731151	Tenorrafia no túnel osteofibroso até 2 dígitos
	30731216	Transposição de mais de 1 tendão
	31403174	Microcirurgia do plexo braquial com a exploração, neurólise e enxertos interfasciculares para reparo das lesões
	31403182	Microcirurgia do plexo braquial com exploração e neurólise
	30731160	Tenorrafia única em outras regiões
	30725127	Fraturas de fêmur

5.4.5 Será considerada como data do evento, a data do acidente.

5.5 COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES INFANTO-JUVENIL (DGI)

5.5.1 Tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de uma indenização caso receba um diagnóstico de uma das doenças definidas no item 5.5.2 destas Condições Gerais e desde que o primeiro diagnóstico da doença ocorra durante a vigência desta cobertura e após o período de carência estabelecido no seguro.

5.5.2 Estarão cobertas por esta cobertura as doenças especificadas abaixo, respeitadas as respectivas definições, caracterizações e exclusões de cada doença:

5.5.2.1 Artrite Idiopática Juvenil

5.5.2.2 Catarata Congênita

5.5.2.3 Coma por Traumatismo Cranioencefálico

5.5.2.4 Fratura do Crânio e Ossos da Face

5.5.2.5 Osteocondrose Juvenil (Doença de Scheuermann)

5.5.2.6 Osteomielite

5.5.2.7 Paralisia de Membros

5.5.2.8 Perda Total de Fala

5.5.2.9 Perda Total de Audição

5.5.2.10 Perda Total de Visão (Cegueira)

5.5.2.11 Poliarterite Juvenil

5.5.2.12 Queimadura Grave

5.5.2.13 Transplante de Órgãos

5.5.3 Descrição das doenças cobertas:

5.5.3.1 Artrite Idiopática Juvenil:

Definição: doença inflamatória crônica que acomete as articulações, podendo estar associada ao comprometimento de outros órgãos, como a pele, os olhos e o coração. A principal manifestação clínica é a artrite, caracterizada por dor, aumento de volume e de temperatura de uma ou mais articulações, de forma recorrente ou persistente, caracteristicamente iniciada sempre antes dos 17 anos de idade.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em reumatologia, pela presença de artrite com duração igual ou maior a 6 semanas e embasada pelo prontuário ambulatorial que deve ser enviado para análise da equipe técnica da seguradora. Para efeitos de cobertura será considerado quadros de artrite idiopática juvenil, excluindo-se tipo oligoarticular.

Riscos excluídos:

- **artrite com duração menor do que 6 semanas;**
- **artrite idiopática juvenil oligoarticular.**

5.5.3.2 Catarata Congênita:

Definição: é caracterizada pela opacificação do cristalino presente ao nascimento ou logo após ele, causando comprometimento visual.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em oftalmologia e embasada por exames específicos e pelo prontuário ambulatorial que deve ser enviado para análise da equipe técnica da seguradora.

Riscos excluídos:

- **qualquer outra doença oftalmológica que não a catarata congênita ou associada à catarata congênita, incluindo nistagmo, estrabismo, miopia, hipermetropia, ambliopia, neoplasias (incluindo retinoblastoma);**
- **Catarata por outras causas.**

5.5.3.3 Coma por Traumatismo Cranioencefálico:

Definição: define-se por estado de total inconsciência em que o indivíduo não consegue abrir os olhos, não pode ser despertado e não responde a nenhum estímulo interno ou externo.

Diagnóstico: o diagnóstico inequívoco de coma profundo exclusivamente decorrente de traumatismo cranioencefálico causado por acidente pessoal coberto, que se caracteriza por estado de inconsciência em que não há resposta a estímulos externos ou internos deve ser firmado por médico especialista em neurologia ou intensivista, embasada por exames comprobatórios e prontuário de internamento hospitalar que deve ser enviado para análise da equipe técnica da seguradora. Para efeitos de caracterização da cobertura será considerado àquele evento que:

- resulta em uma pontuação de 8 ou menos na escala de coma de Glasgow por pelo menos 96 horas;
- requer o uso de sistemas de suporte à vida;
- resulta em déficit neurológico persistente que pode ser verificado após 30 (trinta) dias ou mais do início do coma.

Riscos excluídos:

- coma profundo decorrente de doenças;
- coma profundo como resultado de cirurgias em decorrência de doenças;
- coma profundo como resultado de cirurgia realizada dentro da vigência, mas decorrente de acidente pessoal coberto ocorrido em data anterior à vigência do contrato;
- coma profundo decorrente de acidentes pessoais cobertos ocorridos em data anterior à vigência do contrato.

5.5.3.4 Fratura do Crânio e Ossos da Face:

Definição: quebra do osso que rodeia o cérebro e quebra dos ossos nasais, mandíbula, maxila, complexo zigomático-orbitário e com necessidade de cirurgia para correção com uso de osteossíntese.

Os ossos do crânio e da face incluem:

- Ossos do crânio (8 ossos): 2 ossos temporais, 2 ossos parietais, osso frontal, osso occipital, esfenóide e etmoide
- Ossos da face (14 ossos): ossos bilaterais: conchas nasais, ossos nasais, maxilas, ossos palatinos, ossos lacrimais, ossos zigomáticos e ossos únicos: mandíbula e vómer

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em neurologia, neurocirurgião ou cirurgião bucomaxilofacial e embasadas por exames comprobatórios (incluindo radiografias, tomografias, ressonâncias ou outros) e prontuário de internamento hospitalar incluindo descrição cirúrgica assinada pelo profissional assistente que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora. Para efeitos de cobertura será considerado apenas as fraturas decorrentes de acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período de vigência do contrato.

Riscos excluídos:

- fraturas patológicas decorrentes de doenças (por exemplo tumor ósseo, metástase óssea, doenças do metabolismo ósseo (por exemplo osteoporose) e outras;
- fraturas decorrentes de autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- fraturas decorrentes de acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- fraturas decorrentes de intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos;
- fraturas de crânio e de ossos da face sem necessidade de cirurgia para correção ou com necessidade de redução incruenta sem necessidade de osteossíntese.

5.5.3.5 Osteocondrose Juvenil (Doença de Scheuermann):

Definição: doença da coluna vertebral que cursa com cifose.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em ortopedia, embasada por exames de imagens (radiografia panorâmica para escoliose, ou outros) e por prontuário ambulatorial que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora. Para efeitos de cobertura será considerado apenas as curvaturas

torácicas iguais ou superiores a 50 (cinquenta) graus.

Riscos Excluídos:

- cifoses posturais;
- cifoses congênitas;
- cifoses torácicas com angulação inferior à 50 (cinquenta) graus;
- escolioses;
- cifo escolioses congênitas;
- cifoses estruturais decorrentes de fraturas por acidente pessoal coberto ou por doenças preexistentes à vigência do contrato.

5.5.3.6 Osteomielite:

Definição: processo inflamatório do tecido ósseo, de origem infecciosa, que resulta em destruição inflamatória, necrose e formação de novo osso. Pode ser classificada conforme duração dos sintomas descritos abaixo, estando abrangido por este seguro, os quadros crônicos:

- aguda: com duração inferior a duas semanas;
- subaguda: duração entre 2 semanas e 3 meses;
- crônica: quando a sintomatologia se estende por mais de 3 meses.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em ortopedia ou infectologia e embasadas por exames de imagens (radiografia, cintilografia, ressonância, tomografia ou outros, incluindo cultura de tecido ósseo) que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora e ser decorrente de doença ou acidente pessoal ocorrido dentro da vigência da apólice. Para efeitos de cobertura será considerado apenas quadros de osteomielite crônica, com duração de doença superior a 3 meses.

Riscos Excluídos:

- osteomielite aguda;
- osteomielite subaguda;
- osteomielite crônica decorrente de doença ou acidente pessoal ocorrido em data anterior à vigência da apólice.

5.5.3.7 Paralisia de Membros:

Definição: perda **total** e irreversível da função muscular de 2 (dois) ou mais membros, que curse com hemiplegia, paraplegia, triplegia ou tetraplegia, como resultado de acidente pessoal ou doença neurológica ocorridos dentro do período de vigência do contrato, por um período de pelo menos **180 (cento e oitenta) dias** após o evento precipitante, a considerar:

- a) por paralisia total, entende-se força muscular grau 0 (ausência de contração muscular) ou grau 1 (discreta contratilidade, sem movimento da articulação), conforme classificação de força muscular do MRC – Medical Research Council.
- b) por paralisia completa, entende-se que a paralisia motora deve afetar todo o membro (superior ou inferior) e não apenas parte deste.
- c) por paralisia irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante da paralisia motora com qualquer tratamento.

Diagnóstico: o diagnóstico de paralisia deve ser feito por médico especialista,

ortopedista ou neurologista ou neurocirurgião, embasados por exames de imagens (ressonância magnética, eletroneuromiografia) e por prontuário ambulatorial que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora, passados, pelo menos, **180 dias após o evento precipitante.**

Riscos excluídos:

- **quadros de paralisia parcial de membros, incluindo paresia, hemiparesia, paraparesia, triparisia ou tetraparesia;**
- **perda total e irreversível da função muscular de 2 (dois) ou mais membros decorrentes de acidente pessoal ou doença preexistente à vigência da apólice.**

5.5.3.8 Perda Total de Fala:

Definição: perda total e irreversível da capacidade de falar causada por acidente pessoal coberto ou doença ocorrida dentro do período de vigência, que afete diretamente a laringe ou os seus nervos, comprometendo a função das pregas vocais. estabelecida por um período contínuo de 6 (seis) meses, a considerar:

- a) por perda total, entende-se a incapacidade de compreensão da maior parte das palavras emitidas (por exemplo: voz muito rouca, voz com volume irregular, fala arrastada, ritmo irregular ou anormal da fala).
- b) por perda irreversível, entende-se que não é esperada recuperação relevante com qualquer tratamento, sendo necessária demonstração de sua persistência por um período mínimo de 180 dias após a data do diagnóstico.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em otorrinolaringologista ou cirurgião de cabeça e pescoço e embasado por exames especializados que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora, passados, pelo menos, 180 dias após o evento precipitante.

Riscos excluídos:

- **perda de fala decorrente de causas psiquiátricas ou psicológicas;**
- **perda de fala ocorrida dentro da vigência da apólice decorrente de acidente ou doença preexistente à vigência da apólice.**

5.5.3.9 Perda Total de Audição:

Definição: perda total ou profunda e irreversível da audição em ambos os ouvidos, causada por acidente pessoal coberto ou doença ocorrida dentro do período de vigência, de acordo com o seguinte critério:

- os limiares auditivos sensorio-neurais aferidos por audiograma devem ser maiores ou iguais a 90dB (decibéis), simultaneamente nas frequências de 500Hz, 1000Hz, 2000Hz e 3000Hz e em ambas as orelhas.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista em otorrinolaringologista, embasados por exames audiológicos e aceitos pelas sociedades médico-científicas especializada como por exemplo, audiograma, BERA – Audiometria de Tronco Cerebral, emissão otoacústica que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora.

Riscos excluídos:

- **surdez completa provocada por auto-agressão,**
- **surdez ocorrida dentro da vigência da apólice decorrente de acidente pessoal**

ou doença preexistente à vigência da apólice.

5.5.3.10 Perda Total de Visão (Cegueira):

Definição: perda total e irreversível da visão em ambos os olhos. Considera-se como cegueira legal para esta cobertura:

- a acuidade visual igual ou inferior a 20/200 (0,05) no melhor olho com a melhor correção possível, e/ou;
- campo visual igual ou menor que 10 graus, no melhor olho, com a melhor correção possível.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por médico especialista oftalmologista, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e respaldado por exames específicos que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora

Riscos excluídos:

- perda total da visão de um olho;
- perda total da visão de ambos os olhos por autoagressão;
- perda parcial da visão, incluindo baixa visão ou visão subnormal ou que não esteja enquadrado nas condições de cobertura;
- perda total de visão decorrente de acidentes pessoais ou doença preexistente à vigência da apólice.

5.5.3.11 Poliarterite Juvenil

Definição: uma vasculite sistêmica caracterizada pela presença de um processo inflamatório agudo e necrose fibrinoide das artérias de pequeno e médio calibre. O curso pode ser agudo ou crônico, com grande variabilidade de sinais e sintomas devido aos diversos órgãos que podem ser afetados, preferencialmente o sistema nervoso periférico, rins e pele. A classificação das vasculites nas crianças baseia-se no calibre dos vasos sanguíneos envolvidos, a considerar:

- a) a vasculite em vasos sanguíneos de grande calibre, como a arterite de Takayasu, afeta a aorta e as suas ramificações principais.
- b) a vasculite em vasos sanguíneos de médio calibre afeta tipicamente as artérias que irrigam os rins, os intestinos, o cérebro ou o coração (por exemplo, poliarterite nodosa, doença de Kawasaki).
- c) a vasculite em vasos sanguíneos de pequeno calibre afeta vasos sanguíneos menores incluindo capilares (por exemplo, púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatose com poliangeíte, síndrome de Churg-Strauss, vasculite leucocitoclástica cutânea, poliangeíte microscópica).

Diagnóstico: O diagnóstico deverá ser firmado por especialista reumatologista ou pediatra, embasado em exames complementares (laboratoriais e de imagens) e prontuário de atendimento que devem ser enviados para análise da equipe técnica da seguradora.

Riscos excluídos: não há.

5.5.3.12 Queimadura Grave

Definição: queimaduras de terceiro grau, cobrindo ao menos 20% (vinte por cento)

da área da superfície do corpo do Segurado.

Diagnóstico: o diagnóstico deve ser firmado por especialista pediatra ou cirurgião plástico, evidenciado por resultados da carta de Lund Browder ou por um calculador equivalente de áreas corporais queimadas e embasado por prontuário de atendimento – internamento hospitalar que deve ser enviado para análise da equipe técnica da seguradora.

Riscos excluídos:

- queimaduras de 1º grau que afetem a epiderme;
- queimaduras de 2º grau que afetem a derma superficial e a derme profunda;
- queimaduras de 3º grau cobrindo menos de 20% de área da superfície corporal;
- queimaduras decorrentes de autoagressão.

5.5.3.13 Transplante de Órgãos

Definição: necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: coração, fígado (inclui transplante parcial), intestino delgado (inclui transplante parcial), medula óssea, pâncreas, pulmão (inclui transplante de lobo pulmonar ou pulmão único) ou rim. Os transplantes devem ser originados de doador humano, vivo ou morto. Deve ser demonstrada a perda irreversível da função do órgão que será substituído, sendo comprovadamente indicado o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado.

Diagnóstico: a cirurgia deve ser feita e confirmada por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e embasado por prontuário de internamento hospitalar incluindo a descrição cirúrgica assinada pelo médico assistente que deve ser enviado para análise da equipe técnica da seguradora. A indicação do transplante pela perda irreversível da função do órgão que será substituído deve ser respaldada por exames complementares e laudo anatomopatológico do órgão retirado.

Riscos excluídos:

- qualquer autotransplante, ou transplante de órgãos ou células que não foram citados anteriormente;
- transplantes com órgãos de animais (não-humanos);
- transplante de células-tronco (células embrionárias);
- colocação de órgãos artificiais, ainda que em caráter temporário, enquanto se aguarda um doador humano.

5.5.4 O âmbito geográfico para esta cobertura será em todo o globo terrestre.

5.5.5 Será considerada como data do evento, a data do laudo médico em que fique caracterizado o diagnóstico de uma das doenças graves cobertas pelo seguro.

5.5.6 Após o pagamento da indenização por diagnóstico de uma doença grave coberta ou pela realização de um procedimento médico coberto, o segurado será automaticamente excluído da cobertura de Doenças Graves.

6 - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos mencionados na Cláusula 5 acima para cobertura

de Doenças Graves Infanto-Juvenil estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas no processo de subscrição do risco e que sejam de conhecimento do segurado, cuja informação tenha sido omitida voluntariamente quando questionado pela seguradora no momento da contratação;
- d) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras. Não estão abrangidos nestes riscos excluídos os eventos exclusivamente de Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença causados pela Covid-19 e suas variantes;
- e) suicídio do segurado, ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso;
- f) tufões, inundações, furacões, ciclone, maremoto, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa, estado de necessidade ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;
- i) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- j) competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício legal da prática de esportes;
- k) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada;
- l) 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;

m) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrentes 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;

n) eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

6.2 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

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

6.4 A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

6.5 Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a. Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- b. O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- c. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;
- d. O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;
- e. Mutilação voluntária ou premeditada;
- f. Perda de dentes e os danos estéticos.

6.5.1 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nestas condições contratuais.

6.6 Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente Plus:

- a. Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b. Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica;
- c. Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade restauradora, ainda que sejam decorrentes de acidente pessoal coberto e ocorrido durante a vigência individual deste seguro;
- d. Enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
- e. Tratamento clínico ou cirúrgico não ético ou ilegal, bem como tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- f. Aparelhos ortodônticos;
- g. Implante, enxerto, pinos, aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais. No caso de perda de dentes naturais estão cobertas apenas as próteses, não incluídos enxertos e outros tratamentos relacionados.

7 - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

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

7.2 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, salvo para suicídio do segurado que será aplicada carência de 2 (dois) anos ininterruptos, contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso, independente do estado mental do segurado.

7.3 Para cobertura de Doenças Graves Infanto Juvenil haverá carência de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar do início de vigência individual do seguro, ou seja, a partir da inclusão do segurado na apólice de seguro, desde que não haja interrupção de vigência.

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

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

7.6 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item anterior 7.5.

7.7 Não serão aplicadas franquias para esse seguro. A franquia corresponde ao período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A proposta de seguro poderá ser feita diretamente pelo estipulante ou por intermédio de seus representantes, podendo a assinatura ser de forma eletrônica.

8.2. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

8.3 Para a aceitação da proposta, o estipulante ou o seu representante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, bem como informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

8.4 Conforme legislação vigente, a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Assim, recepcionada a proposta de seguro, devidamente preenchida e assinada, será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, caso a seguradora não se manifeste sobre ela no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados do seu recebimento (aceitação tácita), e não tenham sido solicitados ao segurado, no ato do preenchimento da proposta de contratação, exames e informações essenciais à análise do risco, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

8.4.1 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos e o prazo para a recusa previsto na cláusula 8.4 terá novo início, a partir do atendimento da solicitação.

8.4.2 Se, após o recebimento das informações essenciais solicitadas, a seguradora manifestar-se pela aceitação da proposta de contratação com ajuste da taxa de prêmio, a aceitação da mesma dependerá da concordância expressa do estipulante, no prazo estipulado pela seguradora, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

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

8.5.1 a data de emissão da apólice com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

8.5.2 a data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise e aceitação do risco, sem exigências complementares, quando caracterizará a aceitação tácita.

8.6 Se, após análise do risco a seguradora decidir pela não aceitação, será feita comunicação ao estipulante, por escrito, devidamente justificada. Para todos os efeitos legais, valerá como data da não aceitação da proposta a data da formalização da referida comunicação.

8.7 O recolhimento do prêmio do seguro será realizado somente se o risco for aceito pela seguradora.

8.8 As condições contratuais do seguro serão entregues ao estipulante, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da aceitação do risco.

8.9 Os portadores de deficiência não serão rejeitados no seguro pela razão única de serem deficientes.

8.10 Neste caso, para limitar a responsabilidade da seguradora, a proposta ressaltará o grau de eventual invalidez preexistente.

8.11 Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas durante

o processo de subscrição do risco individual para o segurado que compõe o grupo segurável.

8.12 Cada segurado incluído no seguro receberá seu Certificado Individual, bem como por ocasião das renovações subsequentes.

9 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1 A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses, podendo, entretanto ser determinados períodos diferentes no contrato de seguro e/ou proposta de contratação.

9.2 A apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias do término da vigência comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

9.3 O início e o término de vigência se darão às 24 (vinte e quatro) horas das respectivas datas indicadas no contrato, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento prevista nestas condições gerais e especiais.

9.4 Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela seguradora e o estipulante e desde que não acarretem ônus ou dever adicional para os segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

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

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

II - na hipótese de, eventualmente, existirem certificados individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da apólice não renovada, a apólice e o respectivo contrato poderão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela seguradora, até o final de vigência especificado nos certificados individuais já emitidos; e

III - é expressamente vedada a emissão de novos certificados individuais durante o período de vigência estendida de que trata o inciso II acima.

9.7 Este 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 da apólice.

10 - ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE

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

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

10.2.1 No caso de recepção de grupo de segurados, originada em processo de migração

de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor.

10.2.2 Deverá haver emissão e envio e/ou disponibilização dos certificados individuais aos segurados e não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

11 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

11.1 O capital segurado individual é a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

11.2 Os capitais segurados das coberturas contratadas serão determinados no contrato do seguro e/ou proposta de contratação.

12 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITALS E PRÊMIOS

12.1 Pela característica do risco, não está prevista atualização monetária para este seguro salvo de houver solicitação formal da Instituição de Ensino.

12.2 Ocorrendo a solicitação, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou outro índice que vier a substituí-lo.

12.3 O índice o IPCA/IBGE aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

13 - CUSTEIO DO SEGURO

13.1 O custeio do seguro poderá ser:

- i. Contributário: o prêmio do seguro é custeado integralmente pelos segurados/responsáveis financeiros da apólice;
- ii. Parcialmente Contributário: o prêmio do seguro é custeado parcialmente pelos segurados/responsáveis financeiros da apólice;
- iii. Não contributário: os segurados não custeiam o prêmio do seguro.

14 - PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

14.1 O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, em parcela única ou de forma fracionada, de maneira antecipada ou postecipada em relação ao risco, conforme periodicidade, forma de pagamento e datas de vencimento estabelecidas na proposta/contrato e aceitas pela seguradora.

14.2 O estipulante poderá solicitar à seguradora, mediante formulário próprio, a alteração da periodicidade, da forma de pagamento e/ou da data de vencimento do prêmio, sujeita à análise e aceitação expressa da seguradora.

14.3 O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado.

14.4 Nas apólices com pagamento único ou fracionado, o não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela do prêmio, na data indicada no respectivo instrumento de cobrança, acarretará a extinção automática do contrato desde seu início de vigência.

14.5 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das faturas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança. Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

14.6 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o estipulante será notificado para efetuar o pagamento do valor devido à seguradora no prazo de 30 (trinta) dias, contado do seu recebimento, ficando ciente que não ocorrendo o pagamento no prazo, ocorrerá a suspensão da cobertura e o seguro será cancelado em 90 (noventa) dias, a contar da notificação quanto à inadimplência, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento.

14.7 O não pagamento das faturas até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 0,1% ao dia sobre o valor da fatura, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

14.8 Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

14.9 Durante o período de suspensão da cobertura, os beneficiários e/ou segurados não terão direito a nenhuma indenização para eventos ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga, até o cancelamento do seguro.

14.10 A seguradora comunicará o estipulante quanto a eventual atraso no pagamento do prêmio, mediante notificação realizada por qualquer meio que possibilite a comprovação de seu recebimento, a qual conterá, de forma expressa, as advertências relativas às consequências da não regularização do pagamento.

14.11 A seguradora estará dispensada do envio de nova notificação ao estipulante sobre o cancelamento do seguro, quando na notificação prévia sobre a regularização do pagamento do prêmio, já informar sobre a suspensão da cobertura e do cancelamento da apólice, caso o pagamento não seja regularizado.

14.12 Havendo interesse do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem vínculo com o seguro cancelado por falta de pagamento.

14.13 É vedado ao estipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela seguradora e a ela devido. 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.

14.14 Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

14.15 Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a seguradora, esta ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do estipulante.

14.16 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate do prêmio de seguro.

15 - CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

15.2 A cobertura do segurado cessa, ainda:

- i. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante/ subestipulante;**
- ii. quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio conforme cláusula 14.**
- iii. de acordo com a cobertura do seguro contratada caso a mesma preveja nas respectivas condições especiais, cancelamento da cobertura de acordo com idade e/ou evento ocorrido.**
- iv. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro.**

15.3 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- i. se for cancelada a cláusula que preveja essa situação;**
- ii. se o segurado titular deixar o grupo segurado;**
- iii. com a morte do segurado titular;**
- iv. no caso de cessação da condição de dependente;**
- v. a pedido do segurado titular, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.**
- vi. quando forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do segurado, seus prepostos ou seu(s) beneficiário(s), que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização;**
- vii. se houver dolo, culpa grave, prática de fraude, consumada ou tentada, por parte do segurado ou do(s) beneficiário(s), no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; ou**
- viii. nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto nos itens vi e vii acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.**

15.4 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15.5 Durante a vigência do seguro, o certificado individual não poderá ser cancelado pela seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

16 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

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

16.2 A seguradora somente será responsável pelos sinistros ocorridos durante a

vigência da apólice, ainda que a comunicação ocorra após o término da vigência.

16.3 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar prontamente o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, prestando todas as informações, através da entrega de forma única e completa de todos os documentos listados nas condições especiais do seguro.

16.3.1 A ausência de comunicação do sinistro pelo segurado, no prazo de até 18 (dezoito) meses de sua ocorrência, implicará na perda do direito à indenização.

16.4 Cabem exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro.

16.4.1 A seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

16.5 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, o prazo apenas iniciará a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, obrigatoriamente acompanhados de TODOS os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, na forma prevista no item 17.

16.5.1 O prazo acima não se iniciará até que a documentação constante nas Condições Especiais de cada cobertura seja entregue de forma completa. Havendo necessidade de reiteração da necessidade de apresentação destes documentos esta solicitação não deflagará o referido prazo e tampouco será considerada como pedido adicional previsto no item a seguir.

16.5.2 Durante o prazo do item 16.5 a seguradora ou o regulador poderá solicitar documentos complementares.

16.5.3 O prazo para a manifestação sobre a cobertura, indicado no item 16.5, será suspenso quando solicitados documentos complementares, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

16.5.4 A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior ao disposto no item 16.5.3 para tipos de seguro em que a verificação da existência de cobertura implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

16.6 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário, no mesmo prazo, será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento.

16.7 A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

16.8 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

16.8.1 O prazo para pagamento da cobertura previsto no item 16.8 também poderá

ser suspenso, quando solicitado documentos complementares, recomeçando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente aquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários-mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

16.9 No caso de mora no pagamento pela seguradora, sobre o valor devido incidirá multa de 2% (dois por cento), correção monetária e juros legais, desde a data que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

16.10 O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos, nos termos da legislação vigente.

16.11 Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.

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

16.13 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento da indenização pela seguradora.

16.14 Caso o processo de regulação fique parado por mais de 30 (trinta) dias sem que o segurado tenha realizado a entrega completa da documentação pendente, o processo será negado sem indenização e o prazo prescricional começará a correr. O pedido de indenização poderá ser reaberto a qualquer momento, dentro do prazo prescricional, desde que seja realizada a entrega completa da documentação pendente.

17 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

17.1 A indenização será paga sob a forma de pagamento único.

17.2 O reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido.

18 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

18.1 Em caso de **Morte Acidental**:

- a. Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo médico assistente;
- b. Cópia da certidão de óbito do segurado;
- c. Cópia do Boletim de Ocorrência, se houver;
- d. Cópia do laudo de necropsia/IML, se houver;
- e. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f. Cópia da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- g. Cópia da carteira de Identidade e CPF do segurado;
- h. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado.

- i. Cópia atualizada do comprovante de endereço em nome do segurado;
- j. Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino (contrato, requerimento ou declaração de matrícula, se aluno, e CTPS completa, se funcionário);
- k. Cópia do eSocial completo do segurado, com o histórico de movimentações trabalhistas (se funcionário);
- l. Certidão de rol de herdeiros quando não houver indicação do segurado;
- m. Documentos dos beneficiários:
 - cônjuge: cópia atualizada da Certidão de Casamento com a anotação do óbito, Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço atualizado e nominal;
 - companheira: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de endereço e documento que comprove a união estável na data do evento (declaração de convivência marital, carta do INSS de concessão da pensão por morte ou demais documentos que possam comprovar o companheirismo);
 - filhos: cópia da certidão de nascimento, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço atualizado e nominal;
 - pais e outros: cópia da carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço atualizado e nominal.
 - autorização para crédito em conta corrente, juntamente com os comprovantes dos dados informados.

18.2 Em caso de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- a. Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico assistente;
- b. Cópia da declaração médica relatando o acidente, com data, causas e consequências da lesão apresentada, informando também se existem tratamentos terapêuticos ou cirúrgicos disponíveis que possam reverter o quadro de invalidez. No caso de invalidez parcial informar o membro ou órgão atingido e a data da caracterização;
- c. Cópia do Boletim de Ocorrência, quando houver;
- d. Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
- e. Cópia da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- f. Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino (contrato, requerimento ou declaração de matrícula, se aluno, e CTPS completa, se funcionário);
- g. Cópia do eSocial completo do segurado, com o histórico de movimentações trabalhistas (se funcionário);
- h. Cópia do Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) de retorno às atividades de trabalho, se funcionário;
- i. Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- j. Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k. Cópia atualizada do comprovante de endereço em nome do segurado;
- l. Autorização para crédito em conta do segurado, juntamente com o comprovante dos dados bancários informados;
- m. Outros exames complementares, a critério da seguradora.

18.3 Em caso de **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente Plus:**

- a. Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou representante legal e pelo médico assistente;
 - b. Relatórios dos médicos assistentes ou cópias de prontuários médicos;
 - c. Cópia de requisições e os laudos dos exames realizados;
 - d. Cópia de requisições de medicamentos;
 - e. Cópia de requisições de tratamento fisioterápico, juntamente com o relatório da evolução do tratamento;
 - f. Comprovantes das despesas (recibos de pessoa física ou notas fiscais de pessoa jurídica);
 - g. Cópia do boletim de ocorrência, se houver;
 - h. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
 - i. Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
 - j. Cópia atual do comprovante de endereço do segurado;
 - k. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado, se houver;
 - l. Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino (contrato, requerimento ou declaração de matrícula, se aluno, e CTPS completa, se funcionário);
 - m. Cópia do eSocial completo do segurado, com o histórico de movimentações trabalhistas (se funcionário);
 - n. Autorização para crédito em conta do beneficiário, juntamente com o comprovante dos dados bancários informados;
- em caso de segurado menor:
- o. Cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário; e
 - p. Cópia atual do comprovante de endereço do beneficiário.

18.4 Em caso de **Doenças Graves Infanto Juvenil:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo segurado e pelo médico assistente;
- b) Laudo médico assistente, atestando a doença, contendo o seu número de identificação no Conselho Regional de Medicina (CRM) e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;
- c) Prontuário médico do atendimento e/ou hospitalização relativa à doença coberta;
- d) Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino (contrato, requerimento ou declaração de matrícula, se aluno);
- e) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- f) Comprovante de endereço em nome do segurado;
- g) Autorização para crédito em conta do segurado, juntamente com o comprovante dos dados bancários informados.;
- h) Outros exames complementares de acordo com a doença coberta, a critério da seguradora.

19 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O segurado ou seus beneficiários perderão o direito a qualquer indenização deste seguro, nas seguintes situações:

I. Se por si, por seu representante ou corretor, de forma dolosa, fizerem declarações falsas, inexatas, incompletas ou omitirem circunstâncias relevantes que possam influenciar na aceitação do risco ou na fixação do prêmio;

II. Se agravarem intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato;

III. Se o sinistro decorrer de atos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;

IV. Se o segurado ou seu representante, beneficiários, prepostos, sócios controladores, dirigentes ou administradores agirem com dolo ou má-fé para obter benefícios do presente contrato, bem como praticarem fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência ou na ocorrência do sinistro, inclusive mediante a simulação de sinistro ou o agravamento intencional do evento e/ou dos prejuízos, com o objetivo de obter ou majorar a indenização;

V. Se deixarem de comunicar à seguradora, dolosamente, tão logo tenha conhecimento de fatos que agravem o risco coberto de forma relevante;

VI. Se descumprirem dolosamente os deveres contratuais relacionados à imediata comunicação do sinistro, à prestação de informações e documentos relacionados ao sinistro e à adoção de medidas para evitar ou minorar seus efeitos.

VII. Se deixarem de cumprir com as demais obrigações convencionadas neste contrato e/ou obrigações legais;

19.2 O descumprimento doloso dos deveres contratuais, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.3 O descumprimento culposo dos deveres contratuais, inclusive quanto à comunicação do sinistro ou à prestação de informações, não acarretará a perda total do direito à indenização, limitando-se à redução proporcional da garantia correspondente aos prejuízos comprovadamente causados à seguradora.

19.4 A comprovação do ato ilícito criminal praticado pelo segurado durante a regulação do sinistro, acarretará a perda do direito ao pagamento da indenização sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Aplicar-se-á a mesma consequência quando o segurado ou beneficiário tiverem prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

20 - BENEFICIÁRIOS

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

20.2 O beneficiário indicado pelo segurado perderá o direito à indenização e sua indicação será considerada sem efeito, quando praticar atos graves contra o segurado, que nos termos do Código Civil, seriam suficientes para revogar uma doação, como:

i. Atentar contra a vida do segurado ou cometer homicídio doloso contra ele;

- ii. Praticar ofensa física contra o segurado;
- iii. Injuriar ou caluniar o segurado;
- iv. Recusar-se, sem justificativa, a prestar alimentos ao segurado, quando tinha condições de fazê-lo
- v. Quando deixar de cumprir encargo ou obrigação que tenha sido expressamente estabelecida como condição para a manutenção do benefício.

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

20.4 Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago para os sucessores do segurado na forma da lei.

20.5 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado e do(s) beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do segurado.

20.5 Para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente Plus será beneficiário àquele que comprovar através de notas fiscais e recibos as despesas decorrentes do acidente coberto, independentemente do grau de parentesco com o segurado titular sinistrado.

20.6 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio segurado desde que possua idade superior a catorze anos. Para menores de catorze anos não é permitida indenização.

20.7 Para cobertura de Doenças Graves Infante Juvenil o beneficiário será sempre o segurado.

20.8 Para cobertura de Morte Acidental, se menor de catorze anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com funeral e, se maior de catorze anos, na ausência de indicação, os beneficiários serão os definidos conforme Código Civil Brasileiro.

21 - REGIME FINANCEIRO

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

22 - MODIFICAÇÕES DE RISCO

22.1 O segurado/estipulante deve comunicar à seguradora qualquer modificação no risco, tão logo dele tome conhecimento. Sem prejuízo de outras hipóteses aqui não elencadas, será entendida como modificação no risco a alteração nas informações apresentadas na proposta ou constante de quaisquer documentos entregues pelo segurado ou por seu representante, para análise e aceitação do risco.

22.2 Após análise, se caracterizar agravamento do risco, a seguradora poderá,

no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação da sua modificação, cobrar ou devolver a diferença de prêmio devida. Se o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, cancelando-o, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

22.3 O segurado que dolosamente descumprir o dever de comunicar a alteração ou modificação do risco, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se o descumprimento for culposo, o segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada em razão da alteração que tenha gerado o agravamento.

22.4 Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não serão motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à seguradora.

22.5 O seguro será cancelado, com cessação imediata da cobertura e isenção de qualquer obrigação por parte da seguradora, caso seja comprovado, durante a vigência do contrato, o envolvimento do segurado em práticas que configurem redução de pessoa à condição análoga à de escravo, nos termos da legislação penal vigente.

22.5.1 Considera-se, para fins desta cláusula, a submissão de pessoa a trabalhos forçados, jornada exaustiva, condições degradantes de trabalho ou restrição de locomoção em razão de dívida contraída com empregador ou preposto, inclusive mediante vigilância ostensiva ou retenção de documentos pessoais, conforme tipificação legal aplicável.

22.5.2 A seguradora desiste de reavaliar o risco no prazo regulamentar nestas hipóteses, por considerar incidente gravoso e providenciará o cancelamento do seguro, sem prejuízo da apuração das responsabilidades civis e penais cabíveis.

23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Prestar informações ao segurado relativas ao seguro contratado sempre que solicitado. Caso não seja informado à seguradora o e-mail do segurado para encaminhamento do certificado individual, fica o estipulante responsável pela entrega aos segurados do certificado individual do seguro para ciência dos benefícios contratados pela apólice de seguro.
- d) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável pela sua administração;

- f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- g) 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;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação e liquidação dos sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- k) Comunicar à seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado se tornar uma pessoa politicamente exposta;

23.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:

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

24 - PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

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

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

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

Subprocuradores-Gerais do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; f) os presidentes e tesoureiros nacionais, ou equivalentes, de partidos políticos; g) os governadores e secretários de Estado e do Distrito Federal, os Deputados Estaduais e Distritais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta estadual e distrital e os presidentes de Tribunais de Justiça, Militares, de Contas ou equivalente de Estado e do Distrito Federal; e h) os Prefeitos, Vereadores, os Secretários Municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os Presidentes de Tribunais de Contas ou equivalente dos Municípios.

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

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

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

25 - EXCEDENTE TÉCNICO

25.1 Desde que previsto no contrato de seguro e/ou proposta de contratação, a presente cláusula estabelece as condições de distribuição de resultados técnico da apólice ao Estipulante e/ou segurados do grupo.

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

a) como **receitas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

i. Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;

b) como **despesas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

i. comissões de corretagem pagas durante o período;

ii. comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;

iii. comissões de agenciamento pagas durante o período;

iv. valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

v. saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

vi. despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;

vii. provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;

viii. PIS / COFINS;

ix. despesas com regulação de sinistros;

x. valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

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

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

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

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

26 - RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO

26.1 O presente seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado no caso de seguros contributários.

26.2 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

26.3 O seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

26.4 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o Estipulante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

26.4.1 Se a seguradora for omissa, o contrato será automaticamente renovado.

26.4.2 O Estipulante poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à seguradora.

26.5 Ocorrerá a resolução do contrato, em caso de não pagamento da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, conforme disposto no item 14.4.

26.6 O contrato será cancelado conforme mencionado no item 14.6, quando não ocorrido o pagamento do prêmio no prazo concedido na notificação.

26.7 Ocorrerá a resolução do contrato quando do descumprimento do dever de informação pelo Estipulante/subestipulante, quando deixar de revelar fatos no momento da aceitação da proposta e fixação do valor do prêmio, e tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja subscrito pela seguradora, hipótese em que o contrato será extinto no prazo de 30 dias do recebimento da notificação pelo segurado, sem prejuízo da obrigação do segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

26.8 A apólice será cancelada na ocorrência das situações abaixo:

- a) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas condições gerais;**
- b) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e**
- c) Quando o estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.**

Parágrafo único: as hipóteses de cancelamento por inadimplência (cláusula 14) e de cancelamento individual da cobertura (cláusula 15) possuem natureza específica e não se confundem com a resolução do contrato prevista nesta cláusula, que implica a extinção do vínculo contratual entre estipulante e seguradora.

27 - ALTERAÇÃO CONTRATUAL

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

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

27.3 Nos seguros contributários, o prêmio dos segurados vigentes só poderá ser alterado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

27.4 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos também dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

28 - FORO

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

28.2 Na hipótese de existência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso.

29 - PRESCRIÇÃO

29.1 Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos no art. 126 da Lei n.º 15.040/2024, sendo:

- a) Em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do **segurado** para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;
- b) Em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos **beneficiários ou terceiros prejudicados** para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

30 - MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA

30.1 Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas. Fica estabelecido, porém, que os tributos serão pagos por quem a lei determinar, não podendo haver estipulação em contrário.

31 - CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

31.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Condições Especiais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela seguradora nas quais o segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

31.2. As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

31.3. Havendo, em meio à vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

31.4. Ratificam-se os demais termos, cláusulas e condições não modificados por esta cláusula.



aluno+
SEGURO

MATRIZ CURITIBA

Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP: 80060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080

FILIAL SÃO PAULO/SP

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



/centauro.seguradora



0800.604.2222



@centauro.seguradora



centauroseguradora.com.br



CENTAURO
Seguros para viver

CENTAURO & CONSTELLATION INSURANCE, INC