

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS		
Cláusula	Título	Página
1 ^a	Objetivo do Seguro	2
2 ^a	Informações Gerais	2
3 ^a	Definições	2
4 ^a	Âmbito Geográfico	7
5 ^a	Garantias do Seguro	7
6 ^a	Riscos Excluídos	8
7 ^a	Riscos Cobertos	9
8 ^a	Grupo Segurado	9
9 ^a	Aceitação e Renovação	10
10 ^a	Vigência e Cancelamento	11
11 ^a	Vigência da Cobertura Individual	12
12 ^a	Capital Segurado	12
13 ^a	Atualização Monetária das Obrigações	13
14 ^a	Pagamento do Prêmio	13
15 ^a	Cessaçã o da Cobertura	16
16 ^a	Rescisão e Alteraçã o da Cobertura	16
17 ^a	Beneficiários	16
18 ^a	Inclusão dos Componentes	17
19 ^a	Obrigações do Segurado e Perda de Direitos	17
20 ^a	Obrigações do Estipulante	18
21 ^a	Reintegração	19
22 ^a	Ocorrência do Sinistro	19
23 ^a	Documentos Mí nimos Necessários em Caso de Sinistro	20
24 ^a	Foro	22

**CONDIÇÕES GERAIS
ROYAL ACIDENTES PESSOAIS ESCOLAR**

CLÁUSULA 1ª - OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais e Especiais o pagamento de uma indenização ou reembolso ao Segurado ou a seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas durante o período de vigência da apólice, mediante o pagamento do prêmio correspondente, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

CLÁUSULA 2ª - INFORMAÇÕES GERAIS

2.1. A aceitação deste seguro está sujeita à análise do risco.

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

2.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.4. Serão consideradas, em cada caso, somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

2.5. Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento.

2.6. As peças promocionais e de propaganda do produto só poderão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão desta Seguradora.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

Para facilitar a compreensão das condições do seu seguro, apresentamos uma relação de definições dos principais termos técnicos utilizados:

3.1. ACIDENTE PESSOAL

3.1.1. É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a Morte ou Invalidez Permanente Total ou Parcial do segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, incluindo-se nesse conceito:

- a) o suicídio ou a sua tentativa, se ocorridos após o 2º ano de vigência inicial do contrato;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

3.1.2. Não se incluem nesse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) o acidente vascular cerebral;
- d) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, Perda Auditiva Introduzida por Ruído - PAIR, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- e) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez permanente por acidente pessoal, como definido no subitem 3.1.1 acima.

3.2. APÓLICE

É o instrumento do contrato do seguro pelo qual a Seguradora formaliza a aceitação do seguro, definindo os valores e as condições pactuadas nessa aceitação.

3.3. AVISO DE SINISTRO

É a comunicação obrigatória e formal do Segurado à Seguradora da ocorrência de sinistro, assim que dele tenha conhecimento.

3.4. BENEFICIÁRIO

É a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

O beneficiário pode ser determinado, quando declarado nominalmente na apólice, ou indeterminado quando desconhecido na formação do contrato, sendo este último sujeito à legislação vigente.

3.5. BOA FÉ

É a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade do direito e,

conseqüentemente, protegida pelos preceitos legais. É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente do contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas.

3.6. CAPITAL SEGURADO

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

3.7. CARTÃO-PROPOSTA

É o 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 ao seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

3.8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

É o 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 de prêmio.

3.9. COBERTURA/GARANTIA

É a proteção estabelecida na apólice de seguro para os riscos que se deseja segurar.

3.10. COMPONENTES/ SEGURADOS

São os alunos regularmente matriculados e os funcionários do Estipulante, devidamente incluídos no seguro, que estejam em perfeitas condições de saúde, sobre o qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

- a) Alunos com idade inferior a 1 (um) ano não estarão cobertos por este seguro.
- b) A inclusão dos funcionários é facultativa.

3.11. CONDIÇÕES GERAIS

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo produto, estabelecendo direitos e obrigações da Seguradora, do Segurado e dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

3.12. CONDIÇÕES CONTRATUAIS

É o conjunto de disposições que regem a contratação incluindo as constantes da proposta de contratação, do contrato de seguro, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do cartão-proposta e do certificado individual.

3.13. CONDIÇÕES ESPECIAIS

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que podem ser contratadas dentro de um mesmo produto.

3.14. CONTRATO DE SEGURO

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do seguro e fixa os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

3.15. CORRETOR DE SEGUROS

É a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e a intermediar contratos de seguro entre a Seguradora, o Estipulante e os Segurados.

3.16. DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

É o documento formal e legal incluso no cartão-proposta em que o proponente ou o Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde e das atividades praticadas e de seu cônjuge/companheiro (a), neste último caso, se aplicável, assinando e responsabilizando-se pela veracidade e detalhamento das informações prestadas na data da assinatura do cartão-proposta.

3.17. DOENÇA

É qualquer alteração no estado de saúde do Segurado que cause, mal, moléstia ou enfermidade, devidamente diagnosticada por um médico assistente.

3.18. DOENÇAS OU LESÕES PRE-EXISTENTES

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data da contratação do seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro.

3.19. EMOLUMENTOS

É o conjunto de despesas adicionais que a Seguradora cobra do Segurado, correspondentes às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro, tal como custo de apólice.

3.20. ENDOSSO

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza eventuais alterações na apólice de seguro vigente, previamente acordadas entre a Seguradora, o Estipulante e/ou o Segurado.

3.21. ESTIPULANTE

É o estabelecimento de ensino ou a sociedade mantenedora de um ou mais estabelecimentos de ensino que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

3.22. EVENTO COBERTO

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento durante a vigência da apólice, passível de ser indenizado pelo seguro, nos termos das condições contratadas.

3.23. GRUPO SEGURADO

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

3.24. GRUPO SEGURÁVEL

É constituído por todos os alunos matriculados em estabelecimentos de ensino, bem como os funcionários do mesmo.

3.25. INDENIZAÇÃO

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

3.26. MÉDICO ASSISTENTE

É o profissional legalmente licenciado e habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.

3.27. PERÍODO DE COBERTURA INDIVIDUAL

É o período durante o qual o Segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

3.28. PRÊMIO DO SEGURO

É o valor pago pelo Estipulante ou pelo Segurado à Seguradora destinado ao custeio do seguro.

3.29. PROPONENTE

É o interessado em aderir ao contrato de seguro.

3.30. REGULAÇÃO DE SINISTRO

É o processo de avaliação das causas e efeitos que caracterizaram o sinistro em relação às coberturas contratadas, iniciado imediatamente após a comunicação do sinistro à Seguradora.

3.31. REINTEGRAÇÃO

É a recomposição do valor do capital segurado, após o pagamento de uma indenização.

3.32. RISCO EXCLUÍDOS

São aqueles riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pela apólice de seguro.

3.33. SEGURADORA

É a empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pela apólice.

3.34. SINISTRO

É a ocorrência de evento previsto e garantido no contrato de seguro, durante a sua vigência.

3.34. VIGÊNCIA

É o período pelo qual está contratada a apólice de seguro.

CLÁUSULA 4ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. O âmbito de cobertura deste seguro estará definido na Especificação da Apólice consideradas as seguintes opções:

4.1.1. Período de Garantia que abrange exclusivamente o período das atividades escolares:

4.1.1.1. Esse período de garantia engloba exclusivamente os acidentes cobertos ocorridos no desempenho das atividades escolares, realizadas sob a responsabilidade e assistência do estipulante.

Incluem-se também, neste período de garantia, as viagens de ida e volta em condução escolar aprovada pelos Órgãos Oficiais competentes e tão somente em tais viagens.

4.1.1.1.1. São consideradas atividades escolares: aulas, exercícios, jogos recreativos, solenidades, teatros, eventos culturais e esportivos, serviços religiosos, paradas e demonstrações cívicas, excursões e trabalhos manuais ou mecânicos pertinentes às disciplinas escolares.

4.1.2. Período de Garantia que abrange exclusivamente as atividades extra-escolares:

4.1.2.1. Esse período de garantia engloba apenas os acidentes cobertos ocorridos fora do estabelecimento de ensino e decorrente de atividades não descritas nos subitens nºs 4.1.1., 4.1.1.1. e 4.1.1.1.1. anterior, inclusive as viagens dos alunos entre a residência e o estabelecimento de ensino, que não sejam realizadas em conduções escolares aprovadas pelos Órgãos Oficiais competentes.

4.1.3. Período de Garantia Total

4.1.3.1. Esse período de garantia abrange todos os acidentes cobertos, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre e em qualquer período.

CLÁUSULA 5ª - GARANTIAS DO SEGURO

5.1. As garantias oferecidas por este seguro dividem-se em básicas e adicional.

5.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação de uma das garantias básicas.

5.2. Garantias Básicas

- 5.2.1. Morte por acidente (MA)
- 5.2.2. Invalidez Permanente Parcial ou Total por acidente (IPA)
- 5.3. Garantia Adicional
- 5.3.1. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMH)

CLÁUSULA 6ª - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos conceituados no subitem 3.1.2., estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de acidentes ou lesões pré-existentes à contratação do seguro, não declaradas no cartão-proposta e que eram do conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas;
- d) de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- f) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.

Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos também os acidentes

ocorridos em consequência de atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios

controladores, dirigentes e administradores e pelos respectivos representantes; e

- g) de epidemias e pandemias, declaradas ou não.

6.2. Além dos riscos excluídos no subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
- b) o parto ou aborto e suas consequências;
- 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 acidentes cobertos;

- d) o suicídio ou a tentativa de suicídio, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial individual do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;**
- e) o choque anafilático e suas conseqüências; e**
- f) lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.**

CLÁUSULA 7ª - RISCOS COBERTOS

7.1. Além dos riscos conceituados no subitem 3.1.1., estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas e corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) queda n'água ou afogamento.

CLÁUSULA 8ª - GRUPO SEGURADO

8.1. O Grupo Segurado compreenderá sempre um contingente mínimo dos Componentes do Grupo Segurável, de acordo com o seguinte critério:

8.1.1 Quando o seguro for pago unicamente pelo Estipulante, denominado "Não Contributário", deverá participar da apólice a totalidade das pessoas seguráveis.

8.1.1.1. Não serão consideradas como pertencentes ao Grupo Segurado, as pessoas impedidas de serem seguradas e as que comprovadamente não desejarem participar do seguro.

8.1.2. Quando o seguro for pago parcial ou totalmente pelos componentes, denominado "Contributário", os índices de adesão para aceitação e manutenção, deverá ser estabelecido para cada Grupo de Seguráveis.

8.1.2.1. Nos seguros “Contributários” em que o Grupo Segurável for suscetível de divisão em subgrupos expressamente determinados, e cuja definição conste da apólice, é permitida a realização do seguro para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o número mínimo de Segurados, o respectivo índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições constará da apólice e o início de cada subgrupo constituirá um Aditivo à mesma.

CLÁUSULA 9ª - ACEITAÇÃO E RENOVAÇÃO

9.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

9.2. No ato da assinatura da proposta deste seguro, o Estipulante deverá entregar à Seguradora uma relação contendo, no mínimo: nome do aluno, data de nascimento, série e grau que ele está cursando e valor da mensalidade atual. No caso de funcionários a relação deve conter, no mínimo: Nome completo, data de nascimento e CPF.

9.3. No caso de funcionários, para que esta Seguradora possa se manifestar sobre a aceitação de cada componente segurável, deverão ser observados os seguintes procedimentos, sempre que possível:

- a) o preenchimento e a devida assinatura do respectivo cartão-proposta;
- b) a comprovação da existência de vínculo com o Estipulante.

9.3.1. Só poderá ser incluído no seguro o funcionário que, na data prevista para início de vigência da cobertura individual, tiver idade enquadrada nos limites estabelecidos nas condições contratuais da apólice para aceitação do grupo segurável.

9.3.2. Os portadores de deficiência deverão ressaltar, nos respectivos cartões-propostas, o grau de invalidez pré-existente, para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

9.4. Para inclusão na apólice dos Componentes do Grupo Segurável, poderá a Seguradora abrir mão, no todo ou em parte, de prova de saúde através do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde que consta no cartão-proposta, conforme acordo celebrado entre as partes contratantes.

9.4.1. As DPS (Declaração Pessoal de Saúde) serão avaliadas e a Seguradora se reserva o Direito de não aprovar a inclusão dos proponentes cujas declarações ou exames médicos eventualmente realizados não satisfizerem os parâmetros desejáveis de seleção da Seguradora.

9.4.2. Se assim o desejarem os empregados que se aposentarem durante a vigência da apólice podem ser mantidos no seguro, até o final da sua vigência, sem redução de capital segurado.

9.5. As propostas e os cartões-proposta, sejam para Seguros Novos, ou para Inclusões, ou para Renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, estarão sujeitas ao prazo de 15 (quinze) dias contados da data do seu recebimento para o acolhimento ou a recusa do risco proposto a esta Seguradora.

Observação: A renovação deste seguro não é automática. Portanto, caso haja intenção de renovar o seguro, é necessária a apresentação de nova proposta de seguro, que poderá ser assinada pelo Estipulante do seguro, desde que não haja alteração com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou redução dos seus direitos.

A Seguradora deverá proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta ou do cartão-proposta, justificando a recusa.

A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora no prazo previsto, caracterizará a aceitação da proposta.

9.6. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 9.5. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação requerida.

A solicitação de documentos complementares pela Seguradora só poderá ocorrer uma única vez, durante este prazo.

9.7. No caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, esse valor será devolvido deduzido da parcela “pro-rata-temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

9.8. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução dos seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de, pelo menos, três quartos do grupo segurado.

9.9. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, o Estipulante será comunicado formalmente no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

CLÁUSULA 10ª - VIGÊNCIA E CANCELAMENTO

10.1. A apólice de seguro vigora pelo prazo de um ano, a partir das 24 horas da data de início como a seguir definida, salvo estipulação em contrário, e somente poderá ser cancelada, total ou parcialmente, excetuados os casos previstos em lei, por acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, observadas as seguintes condições:

- a) na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto constante do subitem 14.9, da Cláusula 14ª – Pagamento do Prêmio.
Para prazos não previstos na tabela de prazo curto citada nesta alínea, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente inferior.
- b) na hipótese de rescisão por proposta da Seguradora, esta reterá, do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido.

10.2. Para fins desse contrato, considera-se início de vigência da apólice a data para tal fim nela indicada e deverá observar:

- a) nos casos de propostas recebidas sem pagamento antecipado de prêmio: a data da aceitação da proposta pela Seguradora ou a data expressamente acordada entre as partes;
- b) nos casos de propostas recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio: a data da recepção da proposta pela Seguradora.

CLÁUSULA 11ª - VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. A partir da análise e aceitação da Seguradora, a cobertura individual só se efetiva se na data prevista para seu início o Componente integrar o Grupo Segurável como previsto no subitem 3.24, da Cláusula 3ª - Definições, destas Condições Gerais.

11.2. Considera-se como data de início da cobertura individual de cada Segurado:

- a) Participantes Iniciais (proposta aprovada pela seguradora na mesma data da aceitação do seguro): A data do início de vigência da apólice;
- b) Inclusão de Participantes isentos de prova de saúde: A data de vencimento para pagamento do prêmio imediatamente subsequente à data de recebimento, pela Seguradora, das respectivas propostas;
- c) Inclusão de Participantes sujeitos à prova de saúde: A data de vencimento para pagamento do prêmio imediatamente subsequente à data de aceitação, pela Seguradora, das respectivas propostas.

11.3. Considera-se como data de término da cobertura de cada Segurado a data de término de vigência da apólice.

11.4. As datas de início e de término de vigência de cada cobertura individual constarão obrigatoriamente nos respectivos certificados individuais.

CLÁUSULA 12ª - CAPITAL SEGURADO

12.1. O capital segurado de cada garantia contratada será expresso em moeda corrente nacional e corresponderá a 15 (quinze) vezes o valor da mensalidade vigente do aluno ou da mensalidade média estipulada pelo Estipulante na data do sinistro, de acordo com o faturamento realizado.

12.2. O capital segurado pela Garantia Adicional de Despesas Médicas Hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento.

12.3. Facultativamente, mediante acordo entre as partes, poderá ser estipulado um capital fixo uniforme para as coberturas, desvinculado com a mensalidade.

12.4. Para fins de determinação do capital segurado, quando da liquidação de sinistros, considera-se, como data do evento:

- I. Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente - a data do acidente; e
- II. Demais Garantias – a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas Condições Especiais.

CLÁUSULA 13ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES

13.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

13.2. Para efeito de atualização monetária, a Seguradora corrigirá os valores devidos pela variação do INPC-IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) a partir da data em que se tornarem exigíveis e até a data do efetivo pagamento.

No caso de extinção do INPC-IBGE, a Seguradora passará a utilizar o IPC/FGV (Índice Geral de Preços ao Consumidor /Fundação Getúlio Vargas).

13.3. Os valores devolvidos como previsto no subitem anterior serão, ainda, acrescidos dos juros moratórios contados a partir da data em que se tornarem exigíveis, equivalentes à taxa vigente para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

13.4. Para efeito do disposto nesta cláusula, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) para devolução de prêmio por recusa do risco ou por recebimento indevido do prêmio: a partir da data do recebimento do prêmio pela Seguradora;
- b) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa do Segurado: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento;
- c) para devolução do prêmio por cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora: a partir da data do efetivo cancelamento; e
- d) para pagamento da indenização: data do evento como definido no subitem 12.2. da Cláusula 12ª - Capital Segurado.

CLÁUSULA 14ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

14.1. Fica acordado que se ocorrer sinistro cuja cobertura esteja amparada pelo presente seguro, dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

14.2. Nos seguros parcelados, as prestações vincendas serão descontadas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento (juros), nos casos em que o sinistro acarretar indenização integral.

14.3. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia de emissão da apólice, da fatura ou conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resultem aumento do prêmio.

14.4. Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

14.5. Na possibilidade de o Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, haverá redução proporcional dos juros pactuados.

14.6. O não-pagamento do prêmio à vista, nos seguros com pagamento único, ou o não-pagamento da primeira parcela, nos casos de seguros com prêmio fracionado, na data indicada na respectiva Nota de Seguro, implicará no cancelamento automático da apólice ou do aditivo, desde o seu início de vigência, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

14.7. No caso de cobrança do prêmio através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo por cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento se ocorrer a perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.

14.8. Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora tomará as providências necessárias para que o Segurado receba o carnê de pagamentos até 30 (trinta) dias úteis antes da data de vencimento da primeira parcela do prêmio.

14.9. Nos seguros com prêmio fracionado, quando ocorrer o não-pagamento da parcela subsequente à primeira e/ou de outras parcelas posteriores àquela ora indicada, a vigência será ajustada, considerando-se a relação entre o prêmio efetivamente pago e o valor do prêmio total anualizado devido na apólice ou no aditivo, de acordo com a seguinte tabela :

Relação (%) entre Valor Pago e Valor Anualizado devido	No. de dias da Vigência Ajustada	Relação (%) entre Valor Pago e Valor Anualizado devido	No. de dias da Vigência Ajustada
13	15	73	195
20	30	75	210
27	45	78	225
30	60	80	240
37	75	83	255
40	90	85	270
46	105	88	285
50	120	90	300
56	135	93	315
60	150	95	330
66	165	98	345
70	180	100	365

14.10. Se, da comparação do valor pago com o valor total anualizado devido na apólice ou aditivo, resultar percentual não previsto nesta tabela, o número de dias do prazo de vigência ajustado será o que corresponder ao percentual imediatamente superior.

14.11. Do carnê de pagamento de prêmios, a Seguradora fará constar a comunicação dos possíveis ajustamentos dos prazos de vigência do contrato, conforme estabelecido nos parágrafos anteriores.

14.12. O Segurado poderá restabelecer os efeitos da apólice ou aditivo pelo período inicialmente contratado, desde que retome o pagamento do prêmio devido, dentro do prazo estabelecido no parágrafo anterior, sendo facultado à Seguradora a cobrança de juros legais equivalentes aos praticados no Mercado Financeiro.

14.13. Ao término do prazo estabelecido na Tabela acima sem que haja o restabelecimento facultado pelo parágrafo anterior, a apólice ou aditivo ficarão cancelados.

14.14. É vedado ao estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor excedente ao 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.

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

14.16. O disposto nos subitens 14.2, 14.5, 14.9 a 14.13, não se aplica aos seguros cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

CLÁUSULA 15ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

15.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa nas seguintes situações:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte; e
- c) cancelamento da apólice.

CLÁUSULA 16ª - RESCISÃO E ALTERAÇÕES DA COBERTURA

16.1. Nenhuma alteração na cobertura deste seguro será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

16.1.1. As alterações promovidas no contrato durante a sua vigência e que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou que reduzam seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16.2. Além dos casos previstos nas demais cláusulas destas Condições, a cobertura de cada Segurado será rescindida integralmente por Morte do mesmo.

16.3. A cobertura de cada Segurado será rescindida parcialmente, ficando nula a respectiva garantia nos seguintes casos:

- a) para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, quando a indenização ou a soma das indenizações pagas atingirem ou ultrapassarem o respectivo capital segurado; e
- b) para a garantia de Despesas Médicas Hospitalares quando a indenização ou soma das indenizações pagas atingirem ou ultrapassarem os respectivos capitais segurados.

CLÁUSULA 17ª - BENEFICIÁRIOS

17.1. Serão os beneficiários do seguro:

- a) o próprio Segurado, nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, e de Reembolso de Despesas Médico-Hospitalares; e
- b) a pessoa indicada pelo Segurado para exercer essa condição, no caso de Morte.

17.2. O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, desde que o faça por declaração escrita à Seguradora.

17.3. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do seguro se ficar comprovado o legítimo interesse de a mesma figurar nessa condição.

17.4. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a indenização será paga na forma do que estabelece o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

17.5. No caso beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto no Artigo 1690 do Código Civil Brasileiro.

CLÁUSULA 18ª - INCLUSÃO DE COMPONENTES

18.1. A inclusão dos Componentes Seguráveis é feita mediante envio de relação por meio eletrônico (modelo fornecido pela Seguradora) contendo os componentes a serem incluídos e preenchimento e assinatura, pelos funcionários proponentes, do cartão-proposta.

Cada Segurado receberá o respectivo Certificado Individual emitido pela Seguradora no início da cobertura individual e em cada uma das renovações, do qual constará os seguintes elementos mínimos:

- a) Data de início e de término de vigência da cobertura individual do Segurado;
- b) Capital Segurado de cada cobertura relativa ao Segurado; e
- c) Prêmio Total Individual.

CLÁUSULA 19ª - OBRIGAÇÕES DO SEGURADO E PERDA DE DIREITOS

19.1. O Segurado perderá direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

19.2.2. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer e corrigida na forma do que dispõe a Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações.

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

19.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá adotar os seguintes procedimentos:

19.3.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

19.3.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

19.3.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

CLÁUSULA 20ª - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações solicitadas para fins de análise e aceitação do risco, inclusive os dados cadastrais;
- b) nas alterações da apólice que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou reduzam os seus direitos, ocorridas durante a sua vigência ou no momento da sua renovação, promover o recolhimento das assinaturas de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- c) manter a Seguradora informada sobre possíveis alterações ocorridas nas informações originais;
- d) sempre que solicitado, prestar informações aos segurados relativas ao contrato do seguro;
- e) incluir, nos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, as seguintes informações: o valor do prêmio do seguro, a razão social da Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a notícia de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento da cobertura do seguro;
- f) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, uma vez que o não atendimento acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o Estipulante às cominações legais;

- g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação dos sinistros;**
- h) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado; e**
- i) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.**

CLÁUSULA 21ª - REINTEGRAÇÃO

21.1. Se durante a vigência deste seguro ocorrer um ou mais sinistros envolvendo as garantias a seguir especificadas, o capital segurado correspondente à cobertura ficará reduzido do valor correspondente à indenização paga ou pendente, a partir da data do evento.

21.2. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o capital segurado será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional, observado o disposto na alínea “a” do subitem 16.3. da Cláusula 16ª - Rescisão e Alterações do Contrato.

21.3. No caso da garantia de Despesas Médicas Hospitalares , é facultado ao Segurado solicitar à Seguradora, por escrito, até 7 (sete) dias úteis após a data do sinistro, a reintegração do capital segurado relativamente a cada sinistro, desde que a Seguradora, dentro de 15 (quinze) dias úteis a partir da data da solicitação, não se manifeste em contrário à reintegração. Havendo concordância da Seguradora, será cobrado prêmio adicional, com base na taxa da respectiva cobertura, proporcionalmente ao período compreendido entre a data do sinistro e do vencimento do seguro.

CLÁUSULA 22ª - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

22.1. Ocorrendo um sinistro coberto por este seguro, o mesmo deve ser comunicado imediatamente à Seguradora pelo Segurado, seu representante legal ou pelos beneficiários do seguro, por meio do formulário AVISO DE SINISTRO ou por carta registrada ou telegrama, esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

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

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

22.4. O Segurado ou beneficiário, para recebimento da indenização, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

22.6 -Quando for o caso, eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

22.7. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do capital segurado, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos na Cláusula 23ª - Documentos Mínimos Necessários à Liquidação do Sinistro.

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

22.9. O não pagamento do capital segurado no prazo previsto nos subitens 22.7 e 22.8, será corrigido de acordo com o que dispõe a Cláusula 13ª - Atualização Monetária das Obrigações.

CLÁUSULA 23ª - DOCUMENTOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO

23.1. Os documentos a seguir relacionados são imprescindíveis para o procedimento da regulação do sinistro.

Assim, conforme a natureza do evento, o Aviso de Sinistro encaminhado à Seguradora, deverá ser acompanhado dos seguintes documentos, originais ou cópias autenticadas:

23.1.1 Nos casos de Morte Acidental

- **Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e pelo Médico Assistente;**
- **No caso de funcionários, RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **No caso de funcionários, Rescisão Contratual;**
- **Certidão de Óbito;**
- **Certidão do Boletim de Ocorrência emitido pela autoridade policial;**
- **Laudo de Necrópsia;**
- **Cédula de Identidade e CPF do sinistrado;**
- **Declaração do Estipulante relatando todos os detalhes da ocorrência para fins de enquadramento do período de garantia.**

Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:

- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do condutor do veículo;**
- **Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico do condutor do veículo;**

- **Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;**
- **No caso de funcionários, comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.**

23.1.2. Nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- **Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;**
- **No caso de funcionários, RE do FGTS (Relação de Empregados do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço): constando todos os funcionários da Empresa – Matriz e Filiais, referente ao mês de competência imediatamente anterior ao do sinistro;**
- **Cédula de Identidade e CPF do sinistrado; e**
- **Declaração do Estipulante relatando todos os detalhes da ocorrência para fins de enquadramento do período de garantia.**

Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:

- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH), do condutor do veículo;**
- **Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo;**
- **Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;**
- **No caso de funcionários, comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho.**

Nota 1: A Invalidez só se caracteriza com a conclusão de todo e qualquer tratamento visando a recuperação do segurado.

Nota 2: Tratando-se de incapacidade que resulte na impossibilidade do segurado receber indenização e dar quitação ao pagamento, deverá ser apresentada a Certidão de Interdição Judicial e a respectiva nomeação do "Curador".

23.1.3. Nos casos de Despesas Médicas Hospitalares Odontológicas (DMH)

- **Formulário "Aviso de Sinistro e Relatório Médico", totalmente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente, acompanhado dos exames realizados para confirmação do diagnóstico;**
- **Cédula de Identidade e CPF do sinistrado;**
- **Originais dos comprovantes de despesas realizadas;**
- **Exames realizados;**
- **Declaração do Estipulante relatando todos os detalhes da ocorrência para fins de enquadramento do período de garantia.**

Observação: Poderão ser necessários, ainda, os seguintes documentos:

- **Carteira Nacional de Habilitação (CNH) do condutor do veículo**
- **Laudo de Exame Toxicológico e/ou Teor Alcoólico, do condutor do veículo**
- **Certidão/Laudo expedida pelo Instituto de Polícia Técnica ou Instituto de Criminalística;**
- **No caso de funcionários, comunicação ao INSS, quando se tratar de acidente de trabalho;**

23.2. Comprovação de Beneficiários;

23.2.1. Para os Pais

- **Certidão de Nascimento do Segurado;**
- **Certidão de Casamento dos Pais;**
- **Cédulas de Identidade dos Pais;**
- **CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte.**

23.2.2. Para o Cônjuge

- **Certidão de Casamento (recentemente extraída em Cartório);**
- **Cédula de Identidade;**
- **CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte.**

23.2.3. Para os Companheiros

- **Carta de Concessão de Pensão do INSS ou Registro de Dependência na CTPS (Carteira de Trabalho)**
- **Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento de ambos (Segurado e Beneficiário) com averbação de separação judicial.**
- **Cédula de Identidade;**
- **CPF - Cartão de Identificação do Contribuinte**

23.2.4. Para os Filhos

- **Certidão de Nascimento (filhos menores de 16 anos)**
- **Cédula de Identidade e CPF (filhos maiores de 16 anos)**

Observação: de acordo com as particularidades de cada processo, para filhos menores de 16 anos, poderá haver necessidade de Alvará Judicial determinando como efetuar o pagamento.

Filhos maiores de 16 e menores de 21 anos deverão ser assistidos pelo responsável direto ou por representante legal e, neste caso, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

Cédula de Identidade e CPF (Cartão de Identificação do Contribuinte) do representante legal, quando este for pessoa diferente de pai ou mãe sobrevivente, acompanhado do respectivo documento judicial conferindo o status de Tutor ou Curador dos menores.

IMPORTANTE

A Seguradora reserva o direito de solicitar outros documentos quando necessários a análise. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

Caso seja enviado cópia de documentos, os mesmos deverão ser autenticados.

CLÁUSULA 24ª - FORO

24.1. As questões judiciais, entre Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme e caso.