

CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

seguro de acidente pessoais escolar



ÍNDICE

1) DEFINIÇÕES	5
2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	8
3) OBJETIVO DO SEGURO	8
4) COBERTURAS DO SEGURO	8
5) DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO	16
6) RISCOS EXCLUÍDOS	18
7) CARÊNCIAS E FRANQUIA	18
8) ACEITAÇÃO DO SEGURO	19
9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	19
10) ENCAMPAÇÃO E MIGRAÇÃO DE APÓLICE	20
11) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	20
12) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS E PRÊMIOS	20
13) CUSTEIO DO SEGURO	21
14) PAGAMENTO DE PRÊMIO	21
15) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO	21
16) CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO	22
17) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	22
19) PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	23
20) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	24
21) DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	25
22) BENEFICIÁRIOS	25
23) PREScriÇÃO	25
24) REGIME FINANCEIRO	26
25) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
26) PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	27
27) EXCEDENTE TÉCNICO	27
28) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL	27
29) FORO	27
30) INFORMAÇÕES GERAIS	27

1 - DEFINIÇÕES

Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente mente 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, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.

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.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro, que o segurado ou o beneficiário deverá encaminhar ao Estipulante e/ou 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.

Capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.

Coberturas de risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

Coberturas do seguro: São as obrigações que a Seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

Contrato coletivo: entendido como o contrato firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante, através do qual serão definidas as particularidades operacionais e as obrigações da sociedade seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com o segurado, beneficiário e assistido, de forma complementar às condições contratuais.

Data do Evento: Data de ocorrência do evento / risco coberto.

Doença Preexistente: São todas as doenças, inclusive as congênitas, que o segurado saiba ser portador ou sofredor, e não declarada na proposta de contratação ou adesão.

Encampação: É a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

Endosso: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

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 coletivo em relação a cada parte.

Evento coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

Excedente técnico: Saldo positivo obtido pela sociedade 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.

Franquia: 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.

Glossário: Dicionário de termos técnicos e científicos.

Grupo segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Início de Vigência: É a 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.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes 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 sociedade 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.

Período de cobertura: Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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: É a pessoa que propõe sua adesão à apólice 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, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de contratação: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Reintegração do capital segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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: É a 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: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

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

Vesting: conjunto de cláusulas constantes do contrato coletivo que o segurado, tendo expressado prévio conhecimento, é obrigado a cumprir para que lhe possam ser oferecidos e postos à disposição os recursos da provisão (ou provisões) decorrentes dos prêmios pagos pelo estipulante.

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: É o período em que o segurado está coberto pelas coberturas do seguro.

2 - CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

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

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, 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 sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade 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

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, a data do acidente.

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%
	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%

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	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 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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	

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
	Em grau médio

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	
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	
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	

DIVERSOS	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 (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	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 prolapo	30%
	Incontinência fecal com prolapo	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	

DIVERSOS	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 mente 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, da 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.

5.3.3 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 Serão considerados valores de reembolso as médias praticadas pelo mercado para os procedimentos cobertos, podendo a seguradora questionar os referidos valores.

5.3.7 O reembolso estará limitado ao valor do capital segurado individual contratado.

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 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 tibia 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.

6 - RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos 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 guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes,

salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão-proposta processo de subscrição do risco individual;

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) de suicídio do segurado, ou sua tentativa, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

f) tufões, inundação, furacão, 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) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. 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.

6.2 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. Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consequente de acidente;

c. O parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

d. 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;

e. O choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de um acidente pessoal;

f. Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao

acidente;

g. Mutilação voluntária ou premeditada;

h. Perda de dentes e os danos estéticos.

6.2.1 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.

6.3 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 convalescência (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 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.

6.4 Exclusão para Atos Terroristas

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.

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, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

7.3 Quando adotado prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, 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.

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

7.5 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item anterior 7.4.

7.6 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.

7.7 Quando aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas nas condições especiais.

8 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante contrato, proposta de contratação e/ou proposta de adesão preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros, podendo a assinatura ser de forma eletrônica.

8.2 Após o recebimento do documento para contratação assinado, a seguradora disporá de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco sendo que a ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

8.3 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco durante o prazo estabelecido acima. Neste caso, contagem do prazo de 15 (quinze) dias sofrerá suspensão durante o período em que a seguradora estiver aguardando a entrega das informações complementares solicitadas e continuará a correr após o recebimento dos mesmos.

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

i. a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

ii. a data de término do prazo de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco, quando caracterizará a aceitação tácita.

8.5 Em caso de recusa da proposta, esta será comunicada ao proponente por resposta escrita e, fundamentada, e valerá como data da recusa da proposta, para todos os efeitos legais, a data da expedição da comunicação.

8.6 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante. O valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do IPCA do IGBE entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição, estando ainda sujeito à aplicação de juros de mora à base de 1% (um por cento) ao mês, caso a devolução não seja efetivada em até 10 (dez) dias da data da formalização da recusa.

8.7 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 compõem o grupo segurável.

8.8 Cada segurado incluído no seguro receberá seu Certificado Individual, bem como nas 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 determinado períodos diferentes no Contrato, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.

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 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 coletivo poderão ter suas vigências estendidas, pelo estipulante e pela sociedade 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.

9.4 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 anuênciam prévia e expressa de pelo menos 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.

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 determinadas no contrato do seguro e/ou proposta de contratação.

12 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS 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 DE PRÊMIO

14.1 O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, de forma antecipada ou postecipada em relação ao risco, sendo a periodicidade e forma da cobrança definidos nas Condições Contratuais.

14.2 Nos seguros contributários se o Estipulante deixar de recolher à seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro. Responde a seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às determinações legais.

14.3 A seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas nas Condições Contratuais.

14.4 É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

14.5 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio mensal, que deve ser realizado até a data estabelecida. Caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

15 -DO PRAZO DE TOLERÂNCIA PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será adotado prazo de tolerância de 90 dias.

15.2 A contagem do prazo terá início a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança. Se ao final deste prazo persistir o caráter de inadimplência, a apólice ou certificado individual, serão cancelados.

15.3 Durante o prazo de tolerância haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido.

15.4 O não pagamento das faturas pelo segurado à seguradora 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, não sendo prevista atualização monetária.

16 - CANCELAMENTO DO SEGURO DECORRENTE DO NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1 Decorrido o prazo de tolerância e não houver o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos e sendo devidas as parcelas não quitadas no período coberto.

17 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1 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.

17.2 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 por prazo superior ao prazo de tolerância, observado na cláusula 15.
- 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.

18 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 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.

18.2 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nestas Condições Gerais do seguro.

18.3 O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias a partir da

entrega de todos os documentos básicos previstos nas Condições Especiais do Seguro.

18.4 É facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

18.5 Se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao segurado ou beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data do aviso do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado. Quando a indenização for paga sob a forma de reembolso de despesas, se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, a data de exigibilidade para fins de atualização monetária é a data do efetivo dispêndio pelo segurado ou beneficiário.

18.6 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente mente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

18.7 Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
i. A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

ii. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

iii. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo segurado.

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

18.9 O direito do seguro e/ou beneficiário em pleitear indenização junto a seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do código civil.

18.10 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, respeitado o prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega de todos os documentos exigidos pela segurados.

18.11 Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado titular ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto. Quando contratada, essa restrição não se aplica a cobertura de

doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

19 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

19.2 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.

20 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 O segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:

20.1.1 Se agravar intencionalmente o risco.

20.1.2 Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores gerais e seus representantes legais, procurarem obter benefícios do Contrato de Seguro.

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

20.1.4 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

20.5 O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé. A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

i. cancelar o seguro;

ii. restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

iii. cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

20.6 O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21 - DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

21.1 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 da carteira de Identidade e CPF do segurado;

d. Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino;

e. Laudo cadavérico / IML;

f. Certidão de rol de herdeiros quando não houver indicação do segurado;

g. Documentos dos beneficiários:

- cônjuge: cópia e atualizada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço;

- companheira: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de endereço e documento que comprove a união estável na data do evento;

- filhos: cópia da certidão de nascimento, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;

- pais e outros: cópia da carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço.

- autorização para crédito em conta corrente.

h. Cópia do boletim de ocorrência policial;

i. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;

j. Cópia do laudo de necropsia, se houver; e

k. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

21.2 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 comprovando a invalidez;

c. Cópia da carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço do segurado;

d. Comprovação de vínculo com a instituição de ensino;

e. Cópia do boletim de ocorrência policial;

f. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado; e

g. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

h. Cópia da comunicação do acidente de trabalho (CAT), se houver.

21.3 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 e pelo médico assistente;

- b. Comprovantes das despesas e dos relatórios do médico assistente;
- c. Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d. Cópia atual do comprovante de endereço do segurado;
- e. Cópia do boletim de ocorrência policial e peças do inquérito policial, se houver;
- f. Cópia da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado, se houver; e
- g. Cópia do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- h. Requisições e os laudos dos exames realizados;
- i. Comprovação de vínculo com a instituição de ensino;
em caso de segurado menor:
- i. Cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário; e
- j. Cópia atual do comprovante de endereço do beneficiário.

22 - BENEFICIÁRIOS

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

22.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

22.3 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

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

22.5 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

22.5 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.

22.6 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.

22.7 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.

23 - PRESCRIÇÃO

23.1 Os prazos prescricionais serão àqueles que a legislação vigente determinar.

24 - REGIME FINANCEIRO

24.1 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.

25 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1 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 sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado. Se não informado a 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 sociedade 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 por tais ações;
 - f) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
 - g) Comunicar, de imediato, à sociedade 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 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 a seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado se tornar uma pessoa politicamente exposta;
- 25.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante:
- i. cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora; e
 - ii. efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuênciam da sociedade 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.

26 - PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

26.1 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.

26.2 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.

26.3 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 generais e membros de escalões superiores do poder judiciário;
- v. executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou
- vi. dirigentes de partidos políticos.

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

27 - EXCEDENTE TÉCNICO

27.1 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.

27.2 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.

27.3 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.

27.4 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 convencionado, não cabendo qualquer adiantamento neste período.

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

28 - RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

28.1 A apólice coletiva poderá ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva.

28.2 No caso de rescisão do contrato, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

28.3 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.

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

28.5 Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá de anuênciam expressa dos segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

28.6 Quando a alteração não implicar ônus, dever ou redução de direitos aos segurados, esta poderá ser realizada apenas com a anuênciam do estipulante.

28.7 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.

29 - FORO

29.1 Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou beneficiário para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

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

30 - INFORMAÇÕES GERAIS

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.



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.on



@centauro.on



0800.604.2222



centauro-on.com.br

