

Condições Contratuais Seguro Educatcional

Índice



Conheça seu seguro ____4

1. Características
2. Objetivo
3. Definições
4. Coberturas
5. Riscos Excluídos



Conheça seus prazos ____8

6. Prazo de Carência
7. Vigência e Renovação Do Seguro
8. Aceitação das Proposta de Contratação e de Adesão
9. Informações sobre risco e declarações para a formação do contrato
10. Custeio Do Seguro
11. Cobrança E Pagamento Dos Prêmios
12. Cancelamento Da Apólice
13. Cessação Da Cobertura Individual



Conheça os valores ____14

14. Capital Segurado e Despesas de Salvamento
15. Atualização dos Valores do Seguro
16. Taxa do Seguro e Recálculo do Prêmio



Como utilizar ____16

17. Beneficiário(s)
18. Ocorrência do Sinistro
19. Pagamento da Indenização
20. Perícia Médica/Junta Médica
21. Perda do Direito à Indenização
22. Alterações da Apólice
23. Outras Obrigações do Estipulante
24. Material de Divulgação
25. Cumprimento das Leis Anticorrupção
26. Da Violação de Leis e Normas de Embargos ou Sanções Econômicas e Comerciais
27. Tributo
28. Prescrição
29. Foro
30. Disposições Finais



COBERTURAS:

1. COBERTURA DE MORTE	22
2. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)	24
3. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	25
4. COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)	28
5. COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	35
6. COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR FALÊNCIA (PR)	38
7. COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)	41
8. COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR QUEBRA DE CONTRATO (PRQC)	43
9. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	46

CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO EDUCACIONAL

1. CARACTERÍSTICAS

1.1 A METROPOLITAN LIFE SEGUROS E PREVIDÊNCIA PRIVADA S.A., doravante denominada Seguradora, institui o Seguro Coletivo Educacional, descrito nestas Condições Gerais e coberturas e Coberturas Suplementares.

2. OBJETIVO

2.1. O presente Seguro tem como objetivo auxiliar financeiramente o Educando no custeio de parte de suas despesas com educação, por intermédio do pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos pelo presente Seguro e especificado nas coberturas do Seguro, observados limites e forma de composição do Capital Segurado, indicados na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro, **exceto se o evento caracterizar-se como um dos Riscos Excluídos previstos no item RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais e especiais de cada Cobertura contratada e/ou se ocorrer uma das hipóteses previstas no item de perda do direito às Coberturas contratadas destas Condições Gerais.**

2.2. O Estipulante, no ato da adesão ao Seguro, deverá optar por uma das alternativas de cobertura que são: Período Letivo (até o final do semestre ou ano atual do Educando) ou até o término do ciclo escolar atual do Educando, ou ainda até o término do último ciclo escolar que a Instituição de Ensino ofereça. A opção escolhida estará expressa na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

2.3. Somente poderão contratar este Seguro, na condição de Estipulantes ou Sub Estipulantes, as Instituições de Ensino que operarem 01 (um) ou mais dos seguintes ciclos escolares, em períodos semestrais ou séries anuais:

2.3.1 Ensino Regular:

- a) Período Letivo (até 12 meses)
- b) Pré-Escola
- c) Ensino Fundamental I (1º Grau)
- d) Ensino Fundamental II (1º Grau)
- e) Ensino Médio (2º Grau)
- f) Ensino Superior (3º Grau)

2.3.2 Demais Modalidades de Ensino:

- a) Cursos de Educação Profissional Técnica
- b) Cursos Livres

3. DEFINIÇÕES

3.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, ou a Invalidez Permanente, Parcial ou Total, ou que torne necessário tratamento médico ou afastamento das atividades laborativas, ou internação hospitalar do Segurado e/ou dos Segurados Dependentes, quando incluídos.

3.1.1. Incluem-se ainda no conceito de Acidente Pessoal:

- a) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados:
 - do início de vigência individual do Seguro; ou
 - da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;A presente exclusão não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro.
- b) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) escapeamento acidental de gases e vapores;
- d) sequestros e suas tentativas;
- e) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

3.1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal:

- a) doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que agravadas, direta ou indiretamente por acidente; ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto
- b) intercorrências ou complicações em consequência da realização de exames, de tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) quaisquer doenças, conforme apuradas nos termos dessa Apólice, mesmo as consideradas acidentes pela legislação previdenciária.
- d) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência social ou semelhantes e que não se enquadrem integralmente na caracterização de Acidente Pessoal definido no subitem 3.1.

3.2 Apólice: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante.

3.3 Apólice Coletiva: é o instrumento do Contrato celebrado entre o Estipulante e a Seguradora que dispõe de todas as condições e Coberturas e que possibilita adesão ao Seguro pelo do Grupo Segurável que mantenham com o Estipulante um Vínculo anterior ao Seguro.

3.4 Beneficiário(s): é(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores de Indenização, na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

3.5. Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de Evento Coberto. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

3.6 Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de Vigência Individual, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento do Prêmio. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência. **Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo período de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.**

3.7 Certificado Individual do Seguro: é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, que indica todas as condições do Seguro, incluindo, mas não limitando a, Vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o Prêmio contratado.

3.8 Cobertura(s) Contratada(s) É a designação genérica utilizada para indicar as obrigações que a Seguradora assume para com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no certificado individual.

3.9 Comoriência: é a morte simultânea ou praticamente simultânea de duas ou mais pessoas do segurado e beneficiário(s), em circunstâncias que não permitem determinar quem faleceu primeiro.

3.10 Condições Especiais: é o conjunto de coberturas e disposições relativas às Coberturas e/ou modalidades deste plano de Seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada Cobertura, que passam a ser parte integrante do Contrato de Seguro quando contratada.

3.11 Condições Gerais: conjunto de coberturas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

3.12. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades de determinada contratação de plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, do Segurado e do(s) Beneficiário(s).

3.13 Despesas de Contratação: São despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a:

custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

3.14 Disposições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

3.15 Contrato de Prestação de Serviço: Instrumento pelo qual o Responsável Financeiro contrata Instituição de Ensino para oferecer, mediante remuneração ajustada, serviço especializado de natureza intelectual (ensino) para o Educando, por período de tempo determinado.

3.16 Corretor: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966. Nos termos da legislação vigente, o Corretor de Seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Sub Estipulantes, Segurados e Seguradora pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

3.17 Condições Contratuais: é o conjunto de condições que regem a contratação.

3.18 Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva junto à Seguradora e assume poderes de representação dos Segurados, conforme legislação e regulamentação vigente, devendo atuar em benefício do grupo de pessoas que representa, negociando com a Seguradora os termos do contrato, com vistas à adesão de eventuais interessados.

3.15 Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto e não excluído na(s) cobertura(s) contratadas, ocorrido durante a Vigência do Seguro contratado, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou do(s) Beneficiário(s).

3.16 Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado técnico de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

3.17 Franquia: é o período de tempo em cada Evento Coberto, contado da data de ocorrência do Sinistro, durante o qual não há cobertura pelo Seguro, suportando o Segurado as suas consequências.

3.18 Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro.

3.19 Grupo Segurável: é constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém Vínculo com o

Estipulante que podem aderir ou serem incluídas no Seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nas Condições Gerais e demais Condições Contratuais.

3.20 Indenização: é o valor devido pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um Evento Coberto. A Indenização está limitada ao Capital Segurado individual contratado para cada uma das coberturas.

3.21 Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna o contrato ineficaz ou nulo.

3.22 Intervenientes: são os responsáveis pela angariação, promoção, intermediação ou distribuição de produtos de seguros, tais como: corretores de seguros; representantes de seguros; correspondentes de microsseguros; e outros agentes que exerçam atividades similares.

3.23 Instituição de Ensino: é a entidade educacional ou estabelecimento de ensino devidamente reconhecida(o) pelo Ministério da Educação, contratada pelo Responsável Financeiro para a prestação de serviços educacionais.

3.24 Período Letivo: período do ano no qual são desenvolvidas as atividades escolares efetivas.

3.24 Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

3.25 Prêmio Global: é a soma das contribuições dos Segurados individuais, recolhida pelo Estipulante, e que devem ser repassadas à Seguradora.

3.26 Prêmio Individual: valor do Prêmio de cada Segurado.

3.27 Pretense Segurado: é a pessoa que manifesta interesse em contratar ou aderir a um seguro, mas ainda não possui vínculo contratual formal com a Seguradora.

3.28 Proponente: é a pessoa física interessada em aderir ao Seguro contratado pelo Estipulante e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

3.29 Proposta de Adesão: 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 à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

3.30 Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser

garantido, por meio do qual o Estipulante manifesta sua vontade de contratar o Seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e demais Condições Contratuais.

3.31 Questionário de Avaliação de Risco: é o documento que engloba a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade (DPSA), faz parte integrante da Proposta de Adesão, elaborado pela Seguradora com informações necessárias à aceitação do seguro e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, por meio do qual o Estipulante, Proponente, pretense segurado ou contratante devem prestar informações completas e verdadeiras sobre o interesse e o risco a serem garantidos.

3.32 Responsável Financeiro: é a pessoa física que assume o compromisso de custear as mensalidades escolares do Educando e que estará indicada como tal no Contrato de Prestação de Serviços educacionais com o Estipulante em Formulário de Identificação do Responsável Financeiro para fins de Seguro. O Responsável Financeiro pode ser o pai, a mãe ou o Tutor legal que é responsável pelo compromisso de custear as mensalidades, ou do próprio Educando.

3.33 Risco Coberto: é o evento previsto no objeto das Coberturas contratadas, que necessariamente ocorra dentro do período de vigência, que não esteja expressamente indicado como risco excluído e que não se enquadre em uma das hipóteses de perda do direito à Cobertura do Seguro, previstas nestas Condições Gerais.

3.34 Riscos Excluídos: são aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e cobertura(s) contratada(s), que não estão cobertos pelo presente Seguro.

3.35 Segurado: é a pessoa física que mantém Vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no Seguro.

3.36 Seguradora: é a Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) contratada(s), nos termos da legislação vigente e do estabelecido nas Condições Gerais e demais Condições Contratuais mediante a contraprestação acordada.

3.37 Seguro Contributário: Seguro no qual há a participação do Segurado no custeio/pagamento de parte ou da totalidade do Prêmio do Seguro.

3.38 Seguro Não Contributário: Seguro no qual o custeio/pagamento da totalidade do Prêmio é de responsabilidade única e exclusiva do Estipulante e/ou Sub Estipulante.

3.39 Sinistro: é a ocorrência de um Evento Coberto garantido pela Seguradora e capaz de lhe acarretar obrigações pecuniárias.

3.40 Sub Estipulante: é a filial ou unidade, criada e/ou mantida pela Instituição de Ensino principal (Estipulante), que, em consequência disso, possui vínculo direto com o Grupo Segurável e direto ou indireto com a Estipulante e que adere ao Contrato de Seguro em favor do Grupo Segurado a que ela se vincule e compartilhando com o Estipulante os poderes de representação do Grupo Segurado perante a Seguradora.

3.41 SUSEP: Superintendência de Seguros Privados é o Órgão Regulador dos Seguros responsável pelo controle e fiscalização do mercado securitário.

3.42 Tutor legal: É aquele indivíduo que foi legalmente incumbido de tutelar alguém, com o encargo de amparar, proteger e defender sua pessoa e seus bens.

3.43 Vigência: é a data a partir da qual a (s) cobertura(s) Contratada(s) será (ão) garantida(s) pela Seguradora.

3.44 Vigência Individual: período em que o Segurado permanece garantido pelo Seguro, enquanto houver o recolhimento dos Prêmios junto à Seguradora.

4 COBERTURAS DO SEGURO

4.1. As Coberturas a seguir são passíveis de contratação para este Seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos Riscos Excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas coberturas.

4.1.1. Coberturas Exclusivas para o Responsável Financeiro:

• Morte (M)
• Morte Acidental (MA)
• Invalidez Permanente Total Por Acidente (IPTA)
• Invalidez por Doença – Funcional (IPD-F)
• Desemprego Involuntário (DI)
• Perda de Renda por Falência (PR)
• Incapacidade Física Total e Temporária (ITT)
• Perda de Renda por Quebra de Contrato (PRQC)

4.2. As Coberturas de Perda de Renda por Desemprego Involuntário (DI), Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (ITT), Perda de Renda por Falência (PR), Perda de Renda por Quebra de Contrato (QC) se contratadas pelo Estipulante, não se acumulam para o mesmo Segurado, devendo o mesmo no momento da adesão optar por uma destas Coberturas de acordo com o seu perfil profissional. Caso o perfil

profissional do Segurado se enquadre em mais de uma das Coberturas de Perda de Renda, será concedida cobertura somente a Cobertura que cubra a ocupação profissional que gere a maior parte do rendimento do Segurado através de documentação comprobatória conforme indicado nas coberturas Adicionais das Coberturas do Seguro.

4.3. As Coberturas contratadas pelo Estipulante e/ou SubEstipulante estarão expressas no Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

4.4. As Coberturas previstas nestas Condições Gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na Apólice pelo Contrato e/ou seu Aditivo e constarão nos Certificados Individuais do Seguro. Suas vigências coincidirão com a vigência da Apólice quando contratadas e incluídas no início do Seguro. Caso sejam contratadas após o início de Vigência do Seguro, terão o início de sua vigência fixado no aditivo ao Contrato que as incluir.

4.5. A definição de cada uma das Coberturas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus Riscos Excluídos específicos, capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas Condições Especiais correspondentes às respectivas Coberturas.

4.6. Para menores de 14 (quatorze) anos, independentemente do Capital Segurado, o pagamento da Indenização se limita ao reembolso das despesas com funeral e desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão excluídos para todas as Coberturas passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) doenças e acidentes preexistentes omitidos voluntariamente pelo Segurado no Questionário de

Avaliação de Risco, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da resposta ao Questionário de Avaliação de Risco. Em relação as doenças preexistentes, excepcionalmente, mediante expresso acordo entre Seguradora e Segurado, poderá ser excluída da Cobertura Doenças Preexistentes específicas declaradas no Questionário de Risco que integra a Proposta de Adesão.

Nestas hipóteses, o Certificado Individual discriminará a(s) Doença(s) Preexistente(s) objeto(s) de exclusão de Cobertura.

d) Em caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, aplica-se carência de 2 (dois) anos, contados a partir:

- do início da vigência individual da cobertura; ou
- da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado ou pelo Estipulante, sendo que, nesta hipótese, a carência aplica-se apenas à diferença do Capital Segurado aumentado.

Não será permitida a recontagem do prazo de carência em caso de renovação ou substituição do contrato, ainda que com outra seguradora.

O suicídio ocorrido em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência, sendo garantido o pagamento integral do capital segurado.

e) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios, controladores, dirigentes ou administradores do Estipulante;

Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da cobertura o beneficiário responsável, mantendo-se o direito dos demais beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.

f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.

h) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

i) prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada,

excetuando-se quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Na hipótese de o sinistro decorrer de ato doloso praticado por um dos beneficiários contra a vida do segurado, será excluído da Cobertura o Beneficiário responsável, mantendo-se o direito dos demais Beneficiários ao recebimento da indenização, proporcionalmente ao valor que lhes couber.

j) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

k) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

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

m) Abandono escolar, reprovação do ano letivo, suspensão da matrícula (comumente chamada de “trancamento”), cancelamento de disciplinas e reprovação do Educando (nesta última, exceto se contratado o Capital Adicional de Repetência).

n) Não haverá Cobertura securitária, para nenhum Beneficiário, quando o Seguro tiver sido celebrado com o objetivo de fraudar a Seguradora, inclusive nos casos em que o sinistro tenha sido premeditado ou provocado com essa finalidade.

6. PRAZO DE CARÊNCIA

6.1. Poderá ser estabelecido Prazo de Carência, durante o qual a Seguradora não será responsável pelo pagamento da indenização da respectiva Cobertura.

6.2. O Prazo de Carência não será aplicável na renovação ou substituição do Seguro, ainda que com outra Seguradora.

6.3. Para os fins deste Seguro, em especial do item 6.2, a caracterização da substituição somente ocorrerá no caso de a substituição ter sido informada pelo proponente na contratação deste Seguro.

6.4. Se ocorrer um sinistro durante o Período de Carência e o Seguro for cancelado, a seguradora devolverá ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, o valor do Prêmio pago referente à Cobertura que não foi utilizada Durante o Prazo de Carência estão excluídos da Cobertura os sinistros cuja causa exclusiva ou principal corresponda a estados patológicos preexistentes à fase de

Proposta de Seguro não informados no Questionário de Risco.

6.5. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as coberturas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

6.6. Na hipótese de aumento do Capital Segurado, o Seguro estará sujeito a novo Prazo de Carência, contado a partir da data do início de vigência do aumento, exclusivamente aplicável ao aumento solicitado.

6.7. Não há Cobertura para o suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Seguro, ou da sua recondução, quando suspenso, contados:

**-do Início de Vigência individual do Seguro; ou
-da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado e/ou Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado que foi elevado;**

O Prazo de Carência não será aplicável se comprovado que o suicídio decorreu de grave ameaça ou legítima defesa de terceiro

6.8. Este seguro funciona no modelo de repartição simples, o que significa que não há acumulação de reservas financeiras individuais. Por isso, se ocorrer suicídio durante o período de carência, não há valores a serem devolvidos ao Segurado ou aos Beneficiários

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. Vigência e Renovação da Apólice Coletiva

7.1.1 O início de vigência da Apólice Coletiva será estabelecido na Proposta de Contratação. A vigência está condicionada ao recebimento deste documento pela Seguradora, assinada pelo Estipulante sem qualquer modificação ao seu conteúdo.

7.1.2 O início e término de Vigência do Seguro será a 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas, respectivamente, na Apólice, nos Certificados Individuais do Seguro e nos endossos.

7.1.3 O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido contratualmente.

7.1.4 A Apólice Coletiva será automaticamente renovada, caso em até 30 (trinta) dias antes de seu término, a Seguradora ou Estipulante não comunique sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda realizar para a renovação.

7.1.5 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

7.1.6 Na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado. Inexistindo Vínculo prévio ao Seguro, entre Segurado e Estipulante, o tratamento da renovação será feito diretamente com o Segurado.

7.1.7. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

7.1.8 Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o Seguro, deverá avisar o Estipulante/Segurado com 30 (trinta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice.

7.2 Vigência dos Certificados Individuais.

7.2.1 A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Contrato do Seguro e constará no Certificado Individual do Seguro, desde que o Proponente tenha sido aceito.

7.2.2. Para os Proponentes que se matricularem em cursos oferecidos pelo Estipulante depois do início de vigência da Apólice, o início de Vigência Individual do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas da matrícula ou às 24 (vinte e quatro) horas da data de início do Período Letivo (obrigatoriamente quando as matrículas forem realizadas antes do início do Período Letivo).

7.2.3 O início de vigência do Certificado Individual, desde que o Proponente seja aceito no Seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

7.2.4 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta, com cobertura provisória ao proponente, para sinistros ocorridos no período de análise da proposta, e desde solicitada pelo proponente na proposta

7.2.5 Os Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

7.2.6 Os Certificados individuais seguirão a vigência da Apólice, observados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente, mas não limitando

as hipóteses de cancelamento da Apólice ou do Seguro Individual.

7.2.7 Os Certificados individuais serão emitidos e enviados pela Seguradora no início do Contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

7.2.8. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

8.ACEITAÇÃO DAS PROPOSTAS DE CONTRATAÇÃO E DE ADESÃO

8.1. O Contrato ou Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante ou por intermédio de seus representantes, deverá ser entregue à Seguradora.

8.2. A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco pela Seguradora. Para a aceitação, a Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

8.3. As Condições Contratuais completas deste Seguro acompanharão o Contrato ou Proposta de Contratação.

8.4. O Segurado (Responsável Financeiro) é aquele que comprovadamente é o responsável pelo pagamento das mensalidades escolares devidas para a Instituição de Ensino, e que na época da assinatura do Contrato esteja em perfeita condição de saúde, plena atividade profissional, podendo estar aposentado desde que não seja por invalidez e que na época do Sinistro atenda aos seguintes requisitos (sem prejuízo de outros constantes das Condições Gerais do Seguro:

a) esteja com a mensalidade do mês do Sinistro paga, até a data do vencimento da parcela, ou devidamente quitada 24 (vinte e quatro) horas antes do Sinistro;

b) seja o Responsável Financeiro pelo aluno, podendo ser o pai, mãe ou Tutor legal do educando (aquele que preencher o formulário de identificação do Responsável Financeiro anexo ao Contrato de Prestação de Serviço educacionais firmado com a Instituição de Ensino);

c) só serão aceitos como Responsável Financeiro o pai, a mãe ou Tutor legal do educando. A alteração do Responsável Financeiro deverá seguir procedimento próprio, mediante preenchimento de formulário padrão que será submetido à apreciação da Seguradora quanto ao seu deferimento.

8.4.1. No caso de mais de um Responsável Financeiro prevalecerá o que possuir maior participação no pagamento da mensalidade. Quando houver mais de um indivíduo figurando no Contrato de Prestação de

Serviços educacionais como Responsável Financeiro, os Proponentes deverão preencher e assinar o Formulário de Identificação do Responsável Financeiro indicando o percentual de participação de cada Responsável no pagamento da mensalidade escolar do Educando, sempre observando a definição do Responsável Financeiro estabelecida nestas Condições Contratuais.

8.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, atualizado da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) ou outro índice que vier a substituí-lo.

8.5.1. Durante o período compreendido entre a data da recepção do Prêmio pago antecipadamente pelo Estipulante, até a data da formalização da recusa da Proposta de Contratação, haverá Cobertura pelo Seguro.

8.6. As exigências para aceitação dos Proponentes serão estabelecidas contratualmente.

8.7. A inclusão de cada Proponente será realizada mediante Proposta de Adesão. As Condições Gerais deste Seguro deverão estar à disposição dos Segurados.

8.7.1 A aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.7.2. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem manifestação da Seguradora, o Seguro será considerado aceito.

8.7.3. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será reiniciado a partir da entrega da documentação complementar solicitada.

8.7.4 É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação, informação ao Proponente quanto à contratação de outros Seguros com Coberturas concomitantes.

8.7.5 Decorrido o prazo estipulado no item 8.7.2. sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a proposta será considerada como automaticamente aceita.

8.7.6 Caso a Proposta de Adesão não seja aceita pela Seguradora, a recusa será comunicada e justificada por escrito ao Pretendo Segurado ou

Proponente e o respectivo Prêmio eventualmente pago a título de cobertura provisória será devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização de que trata este item será feita pelo índice de IPC/FIPE (Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

8.7.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do Prêmio pela Seguradora tem por único objetivo a cobertura provisória e não deve ser interpretada como um ato da Seguradora inequívoco de aceitação do risco, não implicando aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar, na hipótese de recusa da referida proposta, o disposto no item anterior.

8.7.6. O Corretor de Seguros poderá representar o Proponente na formação do contrato, na forma da lei.

8.7.7. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto.

8.8. O segurado não poderá agravar, de forma intencional e relevante, o risco objeto do Seguro. O descumprimento desta obrigação implicará na perda da Cobertura, sem prejuízo da cobrança do Prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação.

8.9. Considera-se relevante o agravamento que resulte em aumento significativo e continuado da probabilidade de ocorrência do risco descrito na Declaração Pessoal de Saúde ou questionário de avaliação de risco, ou da severidade de seus efeitos.

8.10 A Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, a diferença no valor de Prêmio cabível, equivalente ao agravamento do risco original.

8.11. Caso o aumento do Prêmio proposto pela Seguradora seja superior a 10% do valor originalmente pactuado, o Segurado poderá recusar a modificação, solicitando o cancelamento do seguro, no prazo de 15 (quinze) dias contados da ciência da alteração, com efeitos a partir do momento em que o risco foi agravado.

8.12. O pagamento da indenização será recusado se comprovado o nexo causal entre o agravamento relevante do risco e o fato gerador do sinistro.

8.13. Caso ocorra uma redução relevante do risco segurado, o Segurado ou o Estipulante poderá solicitar formalmente à Seguradora a revisão do valor do prêmio, mediante apresentação das

informações e documentos comprobatórios que evidenciem a alteração das circunstâncias originalmente contratadas.

8.14 Confirmada pela Seguradora a efetiva redução do risco, o valor do prêmio poderá ser readequado proporcionalmente, observado o direito de retenção pela Seguradora das despesas de contratação, com efeitos a partir da data em que a Seguradora tiver tomado conhecimento da solicitação e recebido a documentação completa.

8.15. Considera-se redução relevante do interesse segurado alteração substancial que impacte diretamente o risco originalmente contratado, conforme avaliação técnica da Seguradora.

8.16. Na hipótese de desaparecimento do risco coberto, o seguro será cancelado, com devolução proporcional do prêmio referente ao período ou parcela do risco não decorrido, descontadas as despesas com contratação incorridas pela Seguradora.

8.17. Não poderão contratar este Seguro:

- a) Bolsistas integrais, exceto os filhos de funcionários e/ou professores do Estipulante, que tenham adquirido a bolsa de estudo para atendimento de convenção coletiva de trabalho e cujo Prêmio tenha sido recolhido sobre o valor integral da mensalidade escolar;
- b) Pessoas que não sejam os responsáveis financeiros e não respondam pelo pagamento das mensalidades escolares do Beneficiário (Educando).

8.17.1. A inobservância a qualquer condição prevista nesta cobertura acarretará a perda da condição de Segurado.

9. INFORMAÇÕES SOBRE RISCO E DECLARAÇÕES PARA A FORMAÇÃO DO CONTRATO:

9.1. O contrato de seguro será nulo se, na data de sua celebração, a Seguradora, pretendo segurado, Proponente, Segurado ou Beneficiário souber que o risco é impossível ou já ocorreu. Se isso for comprovado, a parte que tinha conhecimento deverá pagar à outra parte o dobro do valor do prêmio, como penalidade.

9.2. O contrato de seguro só é válido se houver Interesse Legítimo do Proponente, Segurado ou Beneficiário. Se o interesse surgir depois da contratação, o contrato passa a ser eficaz a partir desse momento. Se o interesse for parcial, a eficácia será proporcional. Se não houver interesse possível, o contrato de seguro será nulo.

9.3. Quando o seguro for feito sobre a vida ou integridade física de outra pessoa que não seja o pretense Segurado, sob pena de nulidade do seguro, o Proponente ou Responsável Financeiro deve informar o motivo legítimo do seu interesse na preservação da vida do pretense Segurado. Esse interesse é presumido se o Proponente ou Responsável Financeiro for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do pretense Segurado.

9.4. Os Intervenientes, Proponente, Pretense Segurado, Segurado, Contratante e Responsável Financeiro devem fornecer, de forma completa e verdadeira, todas as informações solicitadas pela Seguradora no Questionário de Avaliação de Risco, essenciais para a aceitação da Proposta e definição do prêmio do seguro.

9.5. Deverão ser declarados todos os elementos de que o Proponente e o Estipulante tenham conhecimento sobre o interesse e o risco a serem garantidos, conforme as regras ordinárias de conhecimento e boa-fé. Essas declarações configurar-se-ão para fins de agravamento do risco como se tivessem sido questionadas pela Seguradora.

9.6. A omissão ou falsidade dolosa nas informações implicará na perda do direito do Segurado e Beneficiário a Cobertura do seguro, sem prejuízo da cobrança do prêmio e do ressarcimento das Despesas de Contratação incorridas pela Seguradora.

9.7. A omissão ou erro culposos acarretará a redução proporcional da Cobertura, conforme a diferença entre o Prêmio pago e o que seria devido com base nas informações corretas.

9.8. Se as informações omitidas tornarem tecnicamente impossível a Cobertura ou se o Risco não for normalmente aceito pela Seguradora, o seguro será cancelado em relação ao segurado envolvido, mantendo-se a obrigação do segurado em ressarcir as Despesas de Contratação realizadas pela Seguradora.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente na Proposta de Contratação levando em consideração as seguintes possibilidades:

a) não contributivo: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;

b) contributivo: aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1. O Prêmio será fixado pela Seguradora tomando como referência o período integral de vigência contratado (anual ou plurianual).

11.1.1. A Seguradora, portanto, fixará o Prêmio tomando como base todo o período de cobertura contratado pelo Estipulante e/ou pelo Segurado ou Beneficiário e poderá, de acordo com a vontade do Estipulante e/ou do Segurado ou Beneficiário, fixar as formas de pagamento único (anual ou plurianual) ou parcelá-lo em parcelas semestrais, trimestrais, bimestrais ou mensais.

11.1.2. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, além da forma e da periodicidade de pagamento dos prêmios, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, no caso de planos individuais, e na proposta de adesão, no caso de planos coletivos.

11.1.3. A forma de pagamento e os procedimentos para faturamento dos Prêmios estarão estabelecidos no Contrato e/ou no documento de cobrança emitido pela Seguradora.

11.1.4. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, 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.

11.1.5. Quando a data de vencimento ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

11.1.6. O pagamento do Prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.

11.1.7. Em caso de atraso no pagamento do Prêmio, incidirão sobre este os seguintes encargos: multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso, juros de 1% (um por cento) ao mês e a atualização monetária pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo) ambos contados desde a data do vencimento da parcela até o efetivo pagamento.

11.1.8. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de IPC/IBGE (Preços ao Consumidor/

11.1.9. Estipulante e o SubEstipulante, nos Seguros não contributários e/ou o Segurado, nos Seguros parcial ou totalmente contributários, ficarão obrigados ao pagamento dos Prêmios devidos no período de cobertura já concedido pela Seguradora, ainda que tenha se constatado o término da Vigência do Seguro, tenha a Apólice sido renovada por novo período ou não.

11.1.10. Nos Seguros contributários, o não repasse dos Prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade Seguradora, e sujeita o Estipulante ou SubEstipulante às cominações legais.

11.1.11. É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente, a cobrança do Prêmio Individual do segurado e o repasse dos prêmios, mediante quitação nos respectivos vencimentos das faturas da Apólice Coletiva emitidas pela Seguradora.

11.1.12. A periodicidade e a forma de pagamento dos Prêmios serão definidas contratualmente.

11.1.13. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe seja devida, a qualquer título, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

11.1.14. É vedado o recebimento do prêmio antes da formalização do seguro, salvo no caso de cobertura provisória.

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

11.1.16. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das Coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

11.1.17. Quando o Estipulante fizer jus a qualquer remuneração, o valor ou percentual correspondente será estabelecido contratualmente.

11.2. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do Prêmio, independentemente do pagamento de parcela(s) subsequente(s), o Estipulante será notificado, no prazo máximo de 10 (dez) dias, para que regularize o(s) pagamento(s) sob pena de cancelamento da Apólice e Certificado Individual do Seguro.

11.3. Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência e não purgada a mora, a Seguradora suspenderá a Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro.

11.4. Se o Segurado estiver inadimplente, a sociedade Seguradora poderá cancelar automaticamente o Seguro, devendo o prazo de vigência da cobertura ser ajustado em função do Prêmio efetivamente pago.

11.5. O Estipulante e/ou o Segurado deverá(ão) pagar a(s) fatura(s) em atraso, acrescidas dos encargos previstos nas Condições Gerais, para evitar o cancelamento do Seguro, considerando o disposto no próximo item.

11.5. O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desde a constituição da mora.

11.6. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

11.7. O não pagamento da primeira parcela ou do prêmio único até o vencimento, implicará no cancelamento automático do Seguro, sem direito à cobertura, salvo disposição contratual expressa em sentido contrário.

11.8. Em caso de atraso no pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, superior a 45 (quarenta e cinco) dias consecutivos ou alternados, o Estipulante e o Segurado serão notificados por meio idôneo, com comprovação de recebimento, para regularizar o(s) pagamento(s) no prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

11.9. Recebida a notificação para regularização do(s) pagamento(s) e não purgada a mora no prazo nela indicado, haverá suspensão das Coberturas da Apólice desde o vencimento da parcela original não paga.

11.10 Decorridos os prazos previstos na notificação de inadimplência e não purgada a mora, a Seguradora suspenderá a Cobertura e poderá enviar nova notificação ao Segurado e ao Estipulante, informando sobre sua decisão em cancelar o Seguro, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

11.11. O recebimento da notificação, ou a recusa em recebê-la, pelo Segurado ou pelo Estipulante, formalizará o cancelamento do Seguro.

11.12. Caso o Estipulante e/ou Segurado recuse o recebimento da notificação ou não seja localizado no último endereço informado à Seguradora, o prazo para regularização da parcela em atraso, previsto na notificação, terá início na data em que a tentativa de entrega for considerada frustrada.

11.13. No caso de atraso de qualquer parcela do prêmio, exceto a primeira, as disposições das Cláusulas 11.8, 11.9 e 11.10. serão adotadas exclusivamente em relação ao Estipulante quando se tratar de suspensão ou cancelamento da Apólice Coletiva.

11.14. O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desde a constituição da mora.

11.15. Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Estipulante ou Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido o risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente.

11.16. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os Prêmios custeados pelos Segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à(s) cobertura(s) contratada(s) do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento da(s) Indenização(ões) eventualmente devida(s), sem prejuízo da ação de cobrança por parte da Seguradora junto ao Estipulante.

11.17 O cancelamento libera integralmente a Seguradora por sinistros e despesas de salvamento ocorridos a partir desde a constituição da mora.

12. CANCELAMENTO DA APÓLICE

12.1. Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade:

- a) a qualquer tempo, por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias. Tratando-se de contratação cujo Vínculo entre Estipulante e Segurado seja exclusivamente securitário, não será aplicada a anuência de ¾ (três quartos) do grupo, sendo o tratamento diretamente com o Segurado;**
- b) no final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;**
- c) pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto no item 11 destas Condições Gerais, após**

a notificação ao Estipulante, se o pagamento não for regularizado.

d) na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários ou, no caso de pessoas jurídicas, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

12.2 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

13.1. A cobertura de cada Segurado cessa:

- a) Com o término de vigência da Apólice Coletiva, por quaisquer motivos estipulados nestas Condições Gerais;**
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre Segurado e o Estipulante e/ou SubEstipulante;**
- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;**
- d) Quando terminar o período de vigência correspondente ao Prêmio de Seguro efetivamente pago;**
- e) Automaticamente, com o pagamento do Capital Segurado contratado, quando a Cobertura indenizada prever a exclusão do Segurado com a Indenização;**
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item “Perda do Direito a Indenização” destas Condições Gerais.**

14. CAPITAL SEGURADO E DESPESAS DE SALVAMENTO

14.1. O Capital Segurado de cada cobertura contratada deverá ser estabelecido contratualmente e constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

14.2. Para as Coberturas do Responsável Financeiro, o Capital Segurado contratado para cada uma das Coberturas será estabelecido para auxiliar o pagamento das mensalidades escolares por determinado período em meses e estará indicado no Contrato e nos respectivos certificados individuais do Seguro.

14.3. Para as Coberturas de Morte (M), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), o Capital Segurado máximo contratado será resultante da seguinte equação: (1) Quando o período de cobertura contratado for igual ao “Período Letivo” do Educando: Valor Bruto da mensalidade escolar

praticado pelo Estipulante na data do Sinistro para a série atual do Educando, multiplicado pela quantidade de meses faltantes para a conclusão desta série em curso; (2) Quando o período de cobertura for igual ao "Ciclo Atual" do Educando (ou seja, até a conclusão do ciclo atual do Educando) ou for igual a "Todos os Ciclos" (ou seja, até a conclusão do último ciclo escolar oferecido pelo Estipulante), será também acrescido ao valor indicado acima: Valor Bruto da mensalidade escolar praticado pelo Estipulante na data do Sinistro para cada uma das séries cobertas, multiplicado pela quantidade de meses de cada Período Letivo.

14.4. Em complemento ao Capital Segurado máximo contratado para as Coberturas de Morte (M), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Permanente Funcional Total por Doença (IPD-F), o Segurado poderá contratar Capital Segurado Adicional, correspondente a uma quantidade determinada de mensalidades escolares, para auxiliar no pagamento de despesas com Matrícula, Material Escolar, Repetência, Formatura e Pré-Vestibular e será indicado na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

14.5. Para as Coberturas de Perda de Renda por Desemprego (DI), Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (ITT) e Perda de Renda por Falência (PR), o capital máximo contratado será correspondente a uma quantidade determinada de mensalidades escolares e será indicado na Proposta de Contratação e Apólice do Seguro.

14.6. A Seguradora reembolsará as despesas comprovadamente incorridas pelo Segurado ou por Terceiros, com medidas necessárias, emergenciais e imediatas de contenção ou de salvamento, que tenham o objetivo de evitar o sinistro iminente ou atenuar os efeitos de um Sinistro coberto.

14.7. A obrigação de indenizar tais despesas subsistirá mesmo que as medidas de contenção ou salvamento adotadas, desde que adequadas e proporcionais, se mostrem ineficazes para evitar ou atenuar o sinistro.

14.8. Percentual fixado do (LMI) - Serão reembolsáveis os valores comprovadamente despendidos, limitados à de até 1% do valor total dos limites máximos de indenização das coberturas, apuradamente aplicáveis no momento da comunicação da expectativa de sinistro à seguradora até a concretização do sinistro ou do término de sua iminência, limitado ao máximo de R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

14.9. Os reembolsos de despesas de salvamento somam-se a todos os reembolsos anteriormente realizados no âmbito dessa apólice para fins de cálculo e utilização do limite máximo para reembolsos estabelecido na Apólice¹. Assim, a realização de um reembolso resulta na manutenção, como novo limite para reembolsos, do saldo do limite não utilizado.

14.10. Excedido o limite estabelecido na apólice, a Seguradora não arcará com quaisquer valores excedentes referentes à despesas de contenção e salvamento.

14.11. A seguradora não estará obrigada a custear:

14.12. Despesas de contenção ou salvamento relativas à prevenção ordinária, incluindo qualquer tipo de manutenção, as quais são de responsabilidade exclusiva do Segurado.

14.13. Despesas com medidas notoriamente inadequadas ou desproporcionais ao risco, considerando a garantia contratada para o tipo de sinistro iminente ou verificado.

14.14. A Seguradora somente suportará despesas incorridas pelo Segurado, ou por Terceiros, que venham a exceder o limite disposto na cláusula 14.6 quando essas despesas se referirem diretamente a medidas expressamente recomendadas ao Segurado pela Seguradora e comprovadamente cumpridas pelo Segurado ou Terceiro.

14.15. Considera-se medidas expressamente recomendadas pela Seguradora aquelas que tenham sido direta e expressamente informadas ao Segurado sob tal título pela Seguradora, não se reconhecendo como medidas recomendadas qualquer informação, notícia ou mesmo sugestão de possibilidades.

15. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

15.1 O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora as alterações das mensalidades escolares que pretende praticar para o próximo Período Letivo ou ciclo escolar, para prévia avaliação, pela Seguradora, a respeito dos reajustes praticados, nos prazos e procedimentos a serem estipulados no Contrato.

15.2 A avaliação sobre a adequação dos capitais Segurados às variações dos valores das mensalidades escolares será realizada anualmente, assim como seus respectivos Prêmios, e aplicada nos mesmos meses em que os reajustes das mensalidades forem realizados.

14.3 Além da variação da mensalidade, para efeito de recálculo do Capital Segurado, será considerada a quantidade de meses faltantes para o término da cobertura do Seguro.

15.4 Em caso de descasamento entre o valor obtido no recálculo das mensalidades e do capital segurado estabelecido na contratação do Seguro, onde este valor seja excedido,, a Seguradora terá a faculdade de manter o Capital Segurado em vigor antes do pedido do reajuste da mensalidade

realizado pelo Estipulante mediante comunicação junto ao Estipulante.

15.5 Caso o reajuste seja aceito pela Seguradora, será emitido o respectivo endosso de alteração de Capital Segurado e enviados os certificados individuais do Seguro, observando os procedimentos previstos na legislação específica para tanto.

16. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO DO PRÊMIO

16.1 O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial ou faixa etária do Segurado, na data de seu ingresso no presente seguro, e será reenquadrado sempre que o Segurado atingir nova idade ou faixa etária. A nova taxa passará a vigorar a partir da data em que cada um dos segurados atingir a nova idade ou faixa etária ou ainda na data de aniversário da apólice para todos os componentes do Grupo Segurado, conforme previsto contratualmente.

15.2 A Seguradora anualmente, no aniversário da Apólice, deverá recalcular as taxas do Seguro, caso a natureza dos riscos do Seguro venham a se tornar inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de Sinistros pagos e avisados seja superior ao Prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

15.2.1 As modificações previstas no item acima, se implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

17. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

17.1 O Beneficiário será determinado em cada uma das Condições Especiais (Coberturas) estipuladas nas suas respectivas Condições Especiais.

17.2 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

17.3 Caso o Capital Segurado não seja suficiente para quitar as mensalidades escolares, a diferença a ser paga a Instituição de Ensino será de responsabilidade integral do Responsável Financeiro, Tutor legal ou educando.

17.4. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro e em caso de Comoriência.

18. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

18.1 Ocorrido o Sinistro, deverá ser ele comunicado por escrito à Seguradora, seja pelo Estipulante, pelo Segurado, ou pelo(s) Beneficiário(s), logo que o saiba(m),

18.2. Ao tomar conhecimento da ocorrência ou da iminência de sinistro, o Segurado e o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, obriga-se a:

I – adotar, de forma imediata, todas as providências razoáveis e eficazes para evitar ou minimizar os efeitos do evento danoso;

II – comunicar prontamente a seguradora, por qualquer meio idôneo que permita comprovação, e seguir as instruções recebidas para contenção dos danos ou salvamento dos bens segurados;

III – fornecer à Seguradora todos os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

18.3. O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

18.4. O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

18.5. As providências previstas no item não serão exigíveis se colocarem em perigo interesses relevantes do segurado, do eneficiário ou de terceiros, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

19. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

19.1 Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultada à Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

19.2 As despesas incorridas com a comprovação do evento referentes a apresentação dos documentos básicos predeterminados no contrato para comunicação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora

19.3 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se expressamente sobre a existência de cobertura, sob pena de não poder mais recusá-la, prazo este contado da data de recebimento do aviso de sinistro totalmente preenchido, a apresentação dos documentos previstos na Cobertura pleiteada e documentos e

informações adicionais que contenham os elementos mínimos de aviso de sinistro listados na Apólice.

19.4. Os documentos e informações enviados devem ser adequadamente nomeados e estar legíveis e claros.

19.5. Reconhecida a Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura

19.6. Os documentos básicos para a análise da Cobertura estão expressamente listados no item das condições especiais de cada Cobertura.

19.7 Reconhecida a Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que a Seguradora manifestou se sobre a existência de Cobertura.

19.8. O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de Cobertura e da sua extensão material.

19.4 Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

19.9 A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas Coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas Coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 30 dias.

19.10 Caso ao final do prazo indicado no item 18.9 não tenham sido entregues todos os elementos e documentos básicos solicitados, a indenização será negada e o procedimento de análise será encerrado, sendo possibilitado ao interessado efetuar novamente a comunicação do evento, para abertura de novo procedimento de análise junto à Seguradora.

19.11. O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

19.12 Os documentos elencados nas Condições Gerais e nas Coberturas contratadas são um rol exemplificativo/sugestivo de documentos que podem conter os elementos necessários à regulação. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar

documentos complementares que sejam necessários para a completa elucidação do sinistro, desde que tais documentos possam ser produzidos pelo Segurado ou Beneficiário e a solicitação seja devidamente justificada .

19.13 A Seguradora poderá, de forma justificada, solicitar documentos complementares ao Segurado ou Beneficiário, sendo que, a solicitação de documentos complementares suspende o prazo previsto no item 18.9 por, no máximo, 1 (uma) vez, reiniciando-se a contagem no primeiro dia útil subsequente ao atendimento integral da solicitação.

19.14. Nos sinistros cujo Capital Segurado ultrapasse 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente, o prazo de suspensão poderá ocorrer por até 2 (duas) vezes.

19.15. Iniciado o processo de regulação de sinistro, caso não sejam entregues no prazo de 150 dias os documentos adicionais que vierem a ser solicitados pela Seguradora, o processo de regulação será extinto e a cobertura será automaticamente negada em razão da falta de elementos essenciais necessários ao processo de regulação e liquidação de sinistro.

19.16 Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora.

19.16.1 Os encargos decorrentes de eventual tradução para a língua portuguesa dos documentos necessários ao recebimento da Indenização serão de responsabilidade total da Seguradora.

19.17 A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

19.19 Para as Coberturas do Responsável Financeiro:

a) Pagamento integral dos valores das mensalidades escolares nas respectivas datas de vencimento de acordo com as Coberturas contratadas e indicadas na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro. A responsabilidade da Seguradora pelo pagamento das mensalidades se encerra quando a soma dos pagamentos realizados por ela atingir o valor total apurado na regulação do Sinistro;

b) Com Pagamento parcial dos valores das mensalidades escolares correspondente ao Capital Segurado na data da ocorrência do Evento Coberto de acordo com as Coberturas contratadas e indicadas na Proposta de Contratação e Apólice de Seguro dividido pelo número de meses faltantes para a conclusão de todo(s) ciclo(s) escolar(es) eventualmente contratado(s).

19.20 Os valores dos pagamentos integrais serão atualizados com base nos valores das mensalidades escolares vigentes nas respectivas datas de pagamento.

19.21 Os valores dos pagamentos parciais serão atualizados anualmente pela variação positiva do índice do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preço ao Consumidor Amplo).

19.22 Em caso de extinção do IPCA/IBGE, a atualização monetária de que trata este item será feita pelo índice de INPC/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

19.22.1 Caso o Beneficiário escolha o pagamento parcial ele estará automaticamente obrigado a complementar a diferença entre o valor da mensalidade escolar definida no Contrato de Prestação de Serviços firmado com a Instituição de Ensino, com o valor pago pela Seguradora.

19.22.2 Não se aplica o disposto no item 18.9. sobre pagamento parcial aos capitais Segurados das Coberturas Perda de Renda por Desemprego Involuntário (DI), Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT) e Perda de Renda por Falência (PR) e que cobrem quantidade determinada de mensalidades escolares ou valores determinados de capital(is) Segurado(s) estabelecidos no Contrato. Para tais Coberturas, caso a quantidade de mensalidades devidas seja igual ou inferior a 03 (três) mensalidades, o pagamento será realizado de uma única vez. Caso a quantidade de mensalidades devidas seja superior a 03 (três), a Seguradora liberará o primeiro pagamento correspondente a 03 (três) mensalidades após a regulação de Sinistro e a(s) restante(s) a cada 03 (três) meses, observado o limite de mensalidades contratadas e condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção do fato gerador da Indenização conforme previsto nestas Condições Gerais e coberturas Adicionais.

19.23 É vedado o pagamento de Indenização de forma única, excetuando-se os seguintes casos:

I – Quando o Capital Segurado se restrinja ao último ano letivo do período contratado;

II – Quando o pagamento da Indenização se refira:

- a) à invalidez do Educando;
- b) à concessão de um dote ao final do período de formação;

c) às despesas escolares do ano de referência.

19.24 Caracterizada a cobertura ao evento, a Seguradora poderá pagar o capital em favor do Beneficiário ou Instituição de Ensino (previamente indicada pelo Beneficiário). Alternativamente, a Seguradora poderá, ainda, liberar crédito ou ordem de pagamento correspondente à Indenização em favor do Beneficiário ou à Instituição de Ensino (previamente indicada pelo Beneficiário) desde que, para isso, obtenha expressa e prévia autorização do Beneficiário para fazê-lo.

19.25 As partes do Contrato de Seguro têm a faculdade de prever em Contrato a suspensão do pagamento do Capital Segurado decorrente da descontinuidade dos estudos, sem perda de direito dos valores indenizáveis e de sua respectiva atualização monetária, uma vez caracterizado o Evento Coberto.

19.26 Após aplicação das regras constantes nos subitens do item acima, o Capital Segurado apurado será convertido em Reserva e sua composição deixará de ser indexada pelo valor bruto da mensalidade escolar, passado a ser atualizado anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou outro índice que venha a substituí-la.

19.27 Caso o valor da reserva não seja suficiente para quitar as mensalidades escolares até o término do período de cobertura contratado, a Seguradora não se responsabilizará pela insuficiência de valores, sendo o pagamento de eventual diferença de responsabilidade do responsável legal do educando diretamente ao Estipulante.

19.28 A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

20. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

20.1 A Seguradora poderá, a seu critério, submeter o Segurado a exame (perícia) para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível de incapacidade.

20.2 No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionadas ao objeto do Seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

20.3 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador,

escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.4 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1 Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, a Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.2 Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou;
ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.

21.3 Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii do item 20.2 quando o interessado provar que a Seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

21.4. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral da Indenização, cancelar o seguro, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.

21.5. O Segurado e o(s) Beneficiário(s) perderão o direito à Indenização para qualquer das Coberturas contratadas, ainda, pelas seguintes razões

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a Indenização, ou ainda se o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) tentar(em) obter vantagem indevida com o Sinistro;
- c) Omitir ou prestar informações falsas à Seguradora dolosamente;
- d) violação da legislação de combate à corrupção e à lavagem de dinheiro.
- e) Tiver prévia ciência de prática delituosa por parte do Beneficiário em causar o sinistro.
- f) Provocar dolosamente o sinistro, exceto quando se tratar da hipótese de suicídio, que obedecerá a disposição do PERÍODO DE CARÊNCIA, item 6.
- g) Deixar de avisar prontamente a Seguradora, por qualquer meio idôneo ou deixar de prestar todas as

informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

h) cometer fraude por ocasião da reclamação do sinistro.

21.6. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de Prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades, excetuada a hipótese da alínea "e" do item 20.5. onde o pagamento será feito aos herdeiros do Segurado na forma prevista nessas Condições Gerais.

21.7. 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.

21.8. A sociedade 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. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.ALTERAÇÕES DA APÓLICE

22.1 O presente Seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

22.2 Qualquer modificação na Apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

23. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1 Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais Condições Contratuais, são, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora.
- b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- d) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável 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 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 de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- j) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- k) Informar com destaque aos segurados ou beneficiários, nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato, as quantias eventualmente recebidas da seguradora pelos serviços prestados.
- l) fornecer ao Beneficiário indicado a título oneroso, tão logo quanto possível, certificado e condições contratuais do seguro.
- m) cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.
- n) informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1 A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante e/ou seu representante legal, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas deste Seguro.

23.2. É vedado ao Estipulante efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora e sem respeitar rigorosamente estas Condições Contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

25. CUMPRIMENTO DAS LEIS ANTICORRUPÇÃO

25.1 O Estipulante, seus diretores, conselheiros e colaboradores, bem como qualquer pessoa por cujos atos ou inadimplementos possam ser responsáveis, ou qualquer pessoa que atue em seu nome, não ofertarão tampouco aceitarão pagamentos, tampouco ofertarão ou fornecerão qualquer coisa de valor a nenhuma pessoa em violação das leis antissuborno aplicáveis com relação ao presente contrato de seguro ou de qualquer maneira que possa afetá-lo. O Estipulante

reconhece que as leis anticorrupção internacionais, FCPA e a UK Bribery Act, inclusive a lei a brasileira n.º 12.846/2013 e seu respectivo decreto n.º 11.129/22, proíbem qualquer oferta direta ou indireta, pagamento ou recebimento de dinheiro ou Qualquer Coisa de Valor de/para qualquer pessoa (inclusive, sem limitação, qualquer Servidor Público, organização internacional, partido político, oficial de partido ou candidato a cargos políticos) para fins de obter, manter ou instruir negócios, garantir qualquer Vantagem Imprópria na condução de negócios ou aliciar a realização imprópria de qualquer função pública ou comercial. O Estipulante declara e garante que durante o cumprimento de suas obrigações segundo o presente contrato, ou de outro modo com relação ao presente Acordo, não ofertou tampouco realizou, e concorda que não ofertará tampouco fará nenhum pagamento proibido.

26. DA VIOLAÇÃO DE LEIS E NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS E COMERCIAIS

26.1 O objetivo da presente cláusula, respeitando-se todo o conteúdo deste Contrato, é estabelecer os procedimentos de prevenção e combate ao terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, tais procedimentos devem ser assumidos pelo Segurado e pela Seguradora, bem como, os critérios que serão utilizados para caracterização da perda de direitos ou suspensão da(s) cobertura(s) contratada(s) ou do(s) pagamento(s) de quaisquer indenizações devidas pelo presente contrato de seguro, nas situações nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) de indenizações for(em) ou estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) as sanções previstas na legislação Brasileira ou internacional, desde que não violem o ordenamento jurídico pátrio e a ordem pública.

26.2 A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro, se o Segurado e/ou seu representante legal praticar ato doloso de terrorismo, lavagem de dinheiro e outros ilícitos correlatos combatidos no Brasil e no exterior, desde que o referido ato doloso tenha nexos causal com o evento gerador do sinistro, caracterizando assim, a perda do segurado ao direito a indenização. O fato gerador para efeito de aplicação da cláusula de embargos e sanções deverá estar caracterizado no momento do sinistro para fins de perda de direito.

26.3 Ressalta-se que as coberturas contratadas através do presente contrato de seguro ficam suspensas a partir da data de ingresso do segurado nas referidas listas de embargos e sanções, sendo

reestabelecidas às 24 horas do dia subsequente a data de exclusão do Segurado das referidas listas.

26.4 Durante o processo de regulação de sinistro está seguradora verificará se o Segurado, os beneficiários das indenizações devidas ou se os locais de ocorrência dos eventos reclamados constam de listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate a lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo. Neste sentido, no que contrariar ou não constar das informações prestadas pelo Segurado à Seguradora quando da análise da proposta de seguro, na hipótese do Segurado ou os beneficiários das indenizações devidas ou dos locais de ocorrência dos eventos reclamados constarem das referidas listas ou nas situações nas quais as referidas listas forem atualizadas após a aceitação do risco, o direito à cobertura contratada não fica prejudicado, não caracterizando perda de direitos ou risco excluído, entretanto, o pagamento da indenização fica suspenso até que ocorra a superação do referido embargo ou sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

26.5 Adicionalmente, no caso de sanção de indisponibilidade de bens por parte Segurado ou beneficiários, nos termos da Lei n. 13.810, de 8 de março de 2019, qualquer tipo de pagamento decorrente do presente contrato de seguro ficará suspenso até que ocorra a superação da referida sanção ou até que ocorra decisão da corte judicial superior brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para este fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora. Destaca-se que o referido procedimento não prejudica o direito à cobertura contratada.

27. TRIBUTOS

27.1 Todo e qualquer tributo será recolhido conforme legislação em vigor. Eventual(is) alteração(ões) será(ão) automaticamente aplicada(s) ao Prêmio.

28. PRESCRIÇÃO

28.1 Os direitos e obrigações decorrentes deste seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvida.

29. FORO

29.1 Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou do(s) Beneficiário(s), conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas relacionadas ao presente Seguro.

2930. DISPOSIÇÕES FINAIS

30.1 A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco

30.2 O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

30.3 O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

30.4 Este Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou aos Beneficiários.

30.5. O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento.

Se houver risco de perda de algum direito, como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura, o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

30.6. O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

30.7 Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual, salvo quando, cumulativamente, (i) tratar-se de seguro individual, ou assim considerado pela Lei; e (ii) a renovação tiver ocorrido de forma automática e sucessiva por prazo superior à 10 (dez) anos.

30.8 As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.



COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1 Está cobertura, desde que contratada, auxilia o(s) Beneficiário(s) com pagamento de uma Indenização, em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.**

1.2 Poderá ser contratado Capital Segurado adicional para uma ou mais das hipóteses descritas a seguir, devendo constar em Contrato e/ou Certificado Individual do Seguro, com o objetivo de auxiliar:

a) Matrícula: no pagamento da matrícula escolar a cada novo Período Letivo.

b) Material Escolar: na aquisição de material escolar, incluindo gastos com uniforme, a cada novo Período Letivo.

c) Repetência: no custeio em caso de repetência de um período escolar a cada ciclo escolar contratado. Entende-se por repetência, a necessidade do Beneficiário cursar mais de uma vez o mesmo período escolar. Não estarão cobertas, as dependências de uma ou mais disciplinas do Beneficiário ou a repetência de mais de 01 (um) período escolar no mesmo ciclo. Para os casos em que a Instituição de Ensino não operar com regime de Repetência, ficará caracterizado o direito ao recebimento de Indenização quando o Educando atingir o número de 05 (cinco) dependências em um mesmo período escolar.

d) Formatura: no pagamento de formatura, em caso de conclusão dos seguintes ciclos escolares, desde que contratados: Pré-Escola, Ensino Fundamental I, Ensino Fundamental II, Ensino Médio e/ou Ensino Superior.

e) Pré-Vestibular: no custeio parcial de ensino pré-vestibular, assim entendido custeio pelo período improrrogável de 01 (um) ano, em caso de conclusão exclusivo do Ensino Médio, desde que contratado.

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura, prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos desta Cobertura, os eventos descritos no item **5. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais deste Seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.10 Capital Segurado para esta Cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta Cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento do Segurado.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio;
- d) Com o pagamento de Indenização de outra condição especial (outra Cobertura) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do Prêmio. Em caso de pagamento de Prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução, observado o indicado nestas das Condições Gerais.

7. PRÊMIO

7.10 Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Condições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.10 período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da

Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

9.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

9.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e**
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
- Cópia das (03) três últimas mensalidades escolares quitadas;

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

10.2 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

11. BENEFICIÁRIO

11.1. Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, mesmo que assistido ou representado.

11.2. O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

11.3. O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

Esta cobertura, se contratada, auxilia o Beneficiário com o pagamento de Capital Segurado contratado em caso de falecimento do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto **se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÃO

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no **item 5** das Condições Gerais, estão também excluídos:

- a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;
- b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- c) Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviços militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d) Participação do Educando, em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Educando estiver no exercício de prática de esportes;
- e) Acidente causado exclusivamente quando o Educando estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica;
- f) Eventos em que o Educando tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente.

4.3 Para menores de 14 (quatorze) anos, está Cobertura, independentemente do Capital Segurado, se limita ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas com as notas fiscais originais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA

5.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

6. CESSAÇÃO DE COBERTURA

6.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio;
- d) Com o pagamento de Indenização de outra condição especial (outra Cobertura) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do Prêmio. Em caso de pagamento de Prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

7. PRÊMIO

7.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

8.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Condições Contratuais em contrário.

9. CARÊNCIA

9.1. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

10. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

10.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

10.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
 - formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
 - formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
 - cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
 - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
 - cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
 - cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
 - cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
 - Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
 - Cópia das (03) três últimas mensalidades escolares quitadas;
- 10.2 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionados a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

11. BENEFICIÁRIO

11.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, mesmo que representado ou assistido, conforme legislação vigente.

11.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

11.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Esta cobertura quando contratada conjuntamente com a cobertura de Morte, em caso de morte decorrente de Acidente Pessoal coberto, as Coberturas da cobertura de Morte e cobertura de Morte Acidental se acumulam.

12.2 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)

1. OBJETIVO

1.1 Está cobertura, desde que contratada, auxilia o Beneficiário com o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente do Segurado, em consequência exclusiva de Acidente Pessoal coberto, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.

1.2 Poderá ser contratado Capital Segurado adicional para uma ou mais das hipóteses descritas a seguir, devendo constar em Contrato e/ou Certificado Individual do Seguro, com o objetivo de auxiliar:

a) Matrícula: no pagamento da matrícula escolar a cada novo Período Letivo.

b) Material Escolar: na aquisição de material escolar, incluindo gastos com uniforme, a cada novo Período Letivo.

c) Repetência: no custeio em caso de repetência de um período escolar a cada ciclo escolar contratado.

Entende-se por repetência, a necessidade do Beneficiário cursar mais de uma vez o mesmo período escolar. Não estarão cobertas, as dependências de uma ou mais disciplinas do Beneficiário ou a repetência de mais de 01 (um) período escolar no mesmo ciclo. Para os casos em que a Instituição de Ensino não operar com regime de Repetência, ficará caracterizado o direito ao recebimento de Indenização quando o Educando atingir o número de 05 (cinco) dependências em um mesmo período escolar.

d) Formatura: no pagamento de formatura, em caso de conclusão dos seguintes ciclos escolares, desde que contratados: Ensino Fundamental II, Ensino Médio e/ou Ensino Superior.

e) Pré-Vestibular: no custeio parcial de ensino pré-vestibular, assim entendido custeio pelo período improrrogável de 01 (um) ano, em caso de conclusão exclusivo do Ensino Médio, desde que contratado.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal: para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado no item “Definições” das Condições Gerais deste Seguro.

2.2 Invalidez Permanente Total por Acidente: para fins desta cobertura é a perda, redução ou impotência funcional definitiva e total prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme indicado nesta cobertura, em virtude de lesões físicas exclusivamente decorrentes de Acidente Pessoal coberto, desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

2.2.1 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

2.2.2 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total.

2.2.3 Na hipótese de ocorrência de um acidente que provoque incapacidade definitiva do mesmo membro ou órgão já defeituoso, parcial ou total, o percentual correspondente à incapacidade anterior ao acidente será deduzido da Indenização.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

a) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente Pessoal coberto;

b) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

c) Participação do Segurado, em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Educando estiver no exercício de prática de esportes;

d) Acidente causado exclusivamente quando o Segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica;

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

f) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;

g) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da ocorrência do acidente, não prevalecendo qualquer alteração de Capital Segurado efetuada posteriormente ao acidente.

5. DATA DO EVENTO

5.1 Considera-se como data do evento, para efeito desta cobertura, a data da ocorrência do acidente.

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

6.1 As Indenizações decorrentes de eventos por morte acidental e invalidez permanente total por acidente, quando contratadas ambas as Coberturas, não se acumulam.

7. TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

7.1 A Indenização corresponderá ao Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso ocorra a invalidez permanente e total do Segurado, ocorrida por Acidente Pessoal.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL
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

7.2 Ainda que do mesmo acidente resulte mais de uma situação prevista na Tabela acima, a Indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura.

7.3 Nos casos de perda parcial ou redução de funções de membros e/ou órgãos, sem aboli-los por completo, não haverá Indenização a ser paga, pois a Cobertura estabelecida nesta condição especial limita-se a riscos de invalidez permanente e total por acidente.

7.4 A invalidez de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a Indenização total. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

7.5 As indenizações por Morte Acidental do Segurado e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da Indenização por morte deve ser deduzido o capital já pago por invalidez.

7.6 Após o início do pagamento do Capital Segurado previsto na presente Cobertura, o Segurado/Beneficiário será imediatamente excluído do Seguro.

8. INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura, for contratada após entrada em vigor da Apólice.

9. CESSAÇÃO DE COBERTURA

9.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

10. PRÊMIO

10.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

11. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

11.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Condições Contratuais em contrário.

12. BENEFICIÁRIO

12.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, mesmo que representado ou assistido

12.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

12.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade

de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

13. CARÊNCIA

13.1 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

**(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

14.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- radiografia e resultados de exames realizados;
- Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
- Cópia das (03) três últimas mensalidades escolares quitadas;
- O pagamento de qualquer Indenização por invalidez permanente total por acidente do Segurado estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do Segurado ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s)

grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo Segurado;

• As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL (IPD-F)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, auxilia o Beneficiário com o pagamento de uma Indenização, em caso de Invalidez Funcional Total e Permanente do segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos desta cobertura, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.**

1.1.1 O pagamento da Indenização relativa a esta cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro.

1.2 Poderá ser contratado Capital Segurado adicional para uma ou mais das hipóteses descritas a seguir, devendo constar em Contrato e/ou Certificado Individual do Seguro, com o objetivo de auxiliar:

a) Matrícula: no pagamento da matrícula escolar a cada novo Período Letivo.

b) Material Escolar: na aquisição de material escolar, incluindo gastos com uniforme, a cada novo Período Letivo.

c) Repetência: no custeio em caso de repetência de um período escolar a cada ciclo escolar contratado.

Entende-se por repetência, a necessidade do Beneficiário cursar mais de uma vez o mesmo período escolar. Não estarão cobertas, as dependências de uma ou mais disciplinas do Beneficiário ou a repetência de mais de 01 (um) período escolar no mesmo ciclo. Para os casos em que a Instituição de Ensino não operar com regime de Repetência, ficará caracterizado o direito ao recebimento de Indenização quando o Educando atingir o número de 05 (cinco) dependências em um mesmo período escolar.

d) Formatura: no pagamento de formatura, em caso de conclusão dos seguintes ciclos escolares, desde que contratados: Ensino Fundamental II, Ensino Médio e/ou Ensino Superior.

e) Pré-Vestibular: no custeio parcial de ensino pré-vestibular, assim entendido custeio pelo período improrrogável de 01 (um) ano, em caso de conclusão exclusivo do Ensino Médio, desde que contratado.

1.2.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados nestas Condições Especiais.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Agravo Mórbido: piora de uma doença.

2.2 Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.3 Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4 Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha maior renda.

2.5 Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6 Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina

2.7 Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.8 Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.9 Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10 Consumo: definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11 Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez por Doença - Funcional, o peso e a altura do Segurado.

2.12. Deambular: ato de andar livremente.

2.13 Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14 Deficiência Visual: perda ou redução de capacidade visual em ambos os olhos em caráter definitivo, que não possa ser melhorada ou corrigida com uso de lentes, tratamento clínico ou cirúrgico.

2.15 Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16 Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.17 Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.18 Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.19 Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.20 Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.21 Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.22 Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.23 Etiologia: causa de cada doença.

2.24 Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.25 Hígidez: estado saudável.

2.26 Médico Assistente: médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.27 Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.28 Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.29 Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.30 Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.31 Relações autonômicas: entende-se como pleno exercício das relações autonômicas de um indivíduo, a capacidade que o mesmo tem de desempenhar todas as suas atividades e funções físicas, mentais e fisiológicas independente de qualquer ajuda.

2.32 Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.33 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.34 Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.35 Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. RISCOS COBERTOS

3.1 Considera-se como Risco Coberto, a perda da existência independente do Segurado, assim entendida como a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

3.1.1 A caracterização de quadro clínico incapacitante será feita segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotado pela classe médica especializada de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes **única e exclusivamente** de:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não

mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição);

e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual:

- cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) estados mórbidos, a seguir relacionados:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2 Outros quadros clínicos serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (anexo), e que o Segurado atinja a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.2.2 O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

3.2.3 Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.4 Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.5 O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.6 Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3 RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos expressamente excluídos no item 5. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais estão expressamente excluídos de cobertura para esta cobertura, considerando, também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por Acidente Pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4 CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado para esta cobertura, será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

4.2. Reconhecida a Invalidez por Doença do tipo Funcional pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

4.3. Para fins desta cobertura, , considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data indicada na Declaração Médica, como sendo a data a partir da qual a evolução do quadro de saúde do Segurado passou a enquadrar-se na pontuação da Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, devidamente justificada e aceita, ou a data de constatação de um dos quadros previstos no item

3.1.1., desta cobertura. A data da invalidez por doença – funcional será determinada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

5. COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ

5.1. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez por Doença Funcional são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

5.2. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

5.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e/ou de natureza profissional.

6. INÍCIO DE VIGÊNCIA

6.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

7. CESSAÇÃO DE COBERTURA

7.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio;
- d) Com o pagamento de Indenização de outra condição especial (outra Cobertura) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do Prêmio. Em caso de pagamento de Prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do

pagamento até a data da efetiva devolução, observadas estas Condições Gerais.

8. PRÊMIO

8.1. O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

9. CARÊNCIA

9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

9.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo Condições Contratuais em contrário.

11. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

11.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e**
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

11.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- relatórios médicos e resultados de exames complementares realizados, que comprovem satisfatoriamente a incapacidade do Segurado;

- Cópia das (03) três últimas mensalidades escolares quitadas.
- A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido, o Segurado deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.
- Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, está Cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais Coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de Prêmios.
- As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados no item **PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO** das Condições Gerais deste Seguro.

12. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IPD-F)

12.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IPD-F).

12.2. A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença dos quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como, quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

13. BENEFICIÁRIO

13.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando mesmo que representado ou assistido.

13.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

13.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

14.DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Esta Cláusula faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta Cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta Cobertura, têm função subsidiária.

ANEXO À COBERTURA INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ANEXO À COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA – FUNCIONAL INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1- TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: o Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: o Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: o Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: o Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: o Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: o Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: o Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2 - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A idade do Segurado interfere na análise da morbididade do caso e ou há imc - índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08



COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. OBJETIVO

1.1 Está cobertura, desde que contratada, auxilia o Beneficiário com o pagamento de uma Indenização em caso de rescisão do Contrato de trabalho do Segurado por parte do empregador, não motivada por justa causa, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.**

1.2 Perda de Renda por Desemprego Involuntário do Segurado ficará caracterizada se o Segurado for dispensado involuntária (por vontade do empregador) e imotivadamente (sem justa causa) de seu trabalho (configurando, assim, rescisão do Contrato de trabalho – rescisão do vínculo empregatício) e que fique sem receber remuneração por trabalho pessoal para outro empregador pelo período correspondente à Franquia indicada nesta condição especial, bem como pelo período adicional estabelecido no Contrato correspondente ao número de mensalidades indenizáveis.

1.3 Se o Segurado voltar a ser contratado por empregador, constituindo, assim, novo vínculo empregatício, o pagamento de mensalidades restantes será interrompido.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições aplicadas a presente Cobertura estão indicadas no item **DEFINIÇÕES** destas Condições Gerais.

2.2 Para fins desta Cobertura, complementam-se as definições:

2.2.1 **Vínculo empregatício:** o vínculo empregatício que torna o Segurado elegível à presente Cobertura, é aquele formalizado por Contrato de trabalho registrado em Carteira Profissional de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos com jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais ou, na hipótese de funcionário público, da administração direta ou indireta, o termo de posse publicado na imprensa oficial ou, ainda, quando se tratar de Diretor Estatutário com vínculo empregatício, a Ata de Eleição da Diretoria devidamente registrada no órgão competente.

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do Contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, sujeito exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses ininterruptos de duração do Contrato de Trabalho para o atual empregador.

3.2 Para recebimento da Indenização, além do requisito do item 3.1. acima, o Segurado deverá permanecer na condição de desempregado pelo período de Franquia estabelecido contratualmente, bem como pelo período adicional estabelecido contratualmente, correspondente ao número de parcelas indenizáveis.

3.2.1 O vínculo empregatício do Segurado deve ser mantido com uma pessoa jurídica, através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.3 Após um evento de desemprego involuntário indenizado, o Segurado deverá comprovar novo período de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos para um mesmo empregador para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de desemprego involuntário.

3.4 Sem prejuízo das disposições nestas Condições Gerais, somente será elegível à Indenização desta Cobertura, aqueles Proponentes que mantenham vínculo empregatício com pessoa jurídica por período mínimo de 12 (doze) meses ininterrupto para mesmo empregador.

3.5 Desta forma, são inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicados no objeto da presente Cobertura, especialmente, mas não se limitando a:

- a) Profissionais liberais, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;
- b) Profissionais autônomos, assim entendidos aqueles que exerçam sua atividade profissional sem vínculo empregatício e assumindo seus próprios riscos.
- c) Empresários individuais, rurais ou sócios e/ou participantes de conselhos de administração de sociedade empresária, conforme definição prevista na legislação civil e comercial em vigor;
- d) Funcionários públicos temporários ou que tenham cargo/mandato de eleição pública, assessores e outros nomeados cujos Contratos de Trabalho não estiverem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e/ou por estatuto (lei) específico.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

- a) pedido de demissão pelo empregado;
- b) adesão do empregado a programas de demissão voluntária (PDV) ou incentivada e/ou por acordo coletivo de trabalho;
- c) acordo entre empregado e empregador;
- d) dispensa do empregado por justa causa;
- e) jubilação, pensão ou aposentadoria por qualquer causa;
- f) perda de emprego decorrente da falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- g) prestação de Serviço Militar;
- h) campanhas de demissões em massa. Para fins de aplicação deste Seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no prazo de seis meses contado a partir do primeiro Sinistro avisado e de um mesmo Estipulante;
- i) extinção automática ou término do Contrato de trabalho, quando o Contrato tiver prazo determinado (Contrato a termo);
- j) dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista.
- k) Segurados não considerados elegíveis a Indenização, conforme item 3.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.1.1 O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

5.2 Para fins desta cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 3.2.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A Cobertura compreendida por esta **cobertura** começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta **cobertura** for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio;
- d) Com o pagamento de Indenização de outra condição especial (outra Cobertura) que tenha previsão de extinção de cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança e do pagamento do Prêmio. Em caso de pagamento de Prêmio indevido, este deverá ser devolvido pela Seguradora, devidamente atualizado pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução, observadas estas Condições Gerais.

9. CARÊNCIA

9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

10. FRANQUIA

10.1 A Franquia será estabelecida contratualmente, essa definição será feita por evento, em dias contados a partir da data de desligamento do Segurado junto ao empregador.

11. PRÊMIO

11.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Condições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e**

(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- Cópia autenticada da Carteira de Trabalho, página da foto e qualificação civil, página do último Contrato de Trabalho, folha posterior ao Contrato (a autenticação deverá ocorrer 31 dias após a data da demissão) e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, quando houver; (*)
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho homologado no TRT ou Sindicato;
- Autorização de Movimento do Fundo de Cobertura por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
- Cópia das 03 (três) últimas mensalidades escolares quitadas.

13.1 Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura e caso a quantidade de mensalidades devidas seja inferior ou igual a 03 (três), a Seguradora realizará o pagamento de única vez. Caso a quantidade de mensalidades devidas seja superior a 03 (três), a Seguradora liberará o primeiro pagamento, correspondente a 03 (três) mensalidades após a regulação de Sinistro e a(s) restante(s) a cada 03 (três) meses, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção do desemprego do Segurado, a saber:

- a) Declaração de que o Segurado ainda está desempregado;
- b) Cópias das seguintes páginas da carteira de trabalho: páginas do Contrato de trabalho e página posterior.

13.2 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada

obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

13.4 Importante: a Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

14. BENEFICIÁRIO

14.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, ainda que assistido ou representado e seja ele ou não o Responsável Financeiro.

14.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

14.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR FALÊNCIA (PR)

1. OBJETIVO

1.1 Esta Condição Especial, se contratada, auxilia o Beneficiário, com o pagamento de Capital Segurado, em caso de falência decretada contra o Segurado (pessoa natural) que seja empresário sujeito ao regime jurídico de falência, de acordo com a legislação em vigor, durante a Vigência do Seguro, exceto se o evento se caracterizar como um dos Riscos Excluídos indicados nestas Condições Especiais e observadas às demais Condições Contratuais.

1.2 O encerramento das atividades da empresa da qual o Segurado seja sócio/investidor/empreendedor ou encerramento do estabelecimento empresarial, por quaisquer motivos, não caracteriza, por si só, a falência. A Cobertura relacionada a presente cobertura está condicionada à decretação judicial de regime falimentar por autoridade judicial de forma irreversível (irrecorrível), regime ao qual estará sujeita a atividade empresarial do Segurado.

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições aplicadas a presente Cobertura estão indicadas no item 1 destas Condições Gerais.

2.2 Para fins desta Cobertura, complementam-se as definições:

2.2.1 **Empresário:** pessoa física/natural que exerce atividade econômica organizada para a produção ou circulação de bens e serviços, nos termos da legislação em vigor e que esteja sujeito ao regime jurídico de decretação de falência. Não é considerado empresário sujeito à falência, pela legislação em vigor, o profissional liberal ou autônomo não registrado no Registro de Empresa e o explorador de atividade rural.

2.2.2 **Estado de Insolvência:** aquele em que o empresário não cumpre obrigação no prazo estabelecido com terceiro sem motivo justificado; incorre em execução frustrada e/ou se praticar ato de falência, nos termos legislação em vigor.

2.2.3 **Falência:** procedimento judicial destinado à satisfação dos credores de devedor empresário.

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Sem prejuízo das disposições das Condições Gerais, somente será elegível à Indenização desta Cobertura, aqueles Proponentes enquadrados na definição indicado no item 2.2.1 desta condição especial.

3.2 São inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicado no objeto da presente Cobertura, especialmente, mas não se limitando a:

- a) Proponentes que não sejam empresários nos termos da legislação em vigor;
- b) Proponentes que, embora empresários, não estejam sujeitos ao regime jurídico de decretação de falência;
- c) Proponente que tenha praticado e/ou tenha conhecimento e/ou tenha incorrido na prática de uma das circunstâncias indicadas, na definição da cobertura anterior, como Estado de Insolvência e/ou que tenham conhecimento da iminência de decretação de falência por autoridade judicial, mas que não declarar tal(is) circunstância(s) na contratação da condição especial/Cobertura;
- d) Empresários totalmente excluídos do regime falimentar (aqueles não sujeitos à falência, como empresários de empresas públicas e sociedades de economia mista, empresários de câmaras ou prestadoras de serviços de compensação e de liquidação financeira e empresários de entidades fechadas de previdência complementar);
- e) Profissionais liberais não registrados em Registro de Empresa, assim entendidos aqueles que exerçam profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística, sem vínculo empregatício;
- f) Profissionais autônomos não registrados em Registro de Empresa;
- g) Explorador de atividade rural (agricultura, pecuária e/ou extrativista);
- h) Que tenham vínculo de natureza empregatício formalizado por Contrato de trabalho registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com jornada mínima de trabalho de 30 (trinta) horas semanas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 **Estão expressamente excluídos desta Cobertura, os eventos descritos nas Condições Gerais deste Seguro.**

4.2 **Além dos riscos expressamente excluídos nas Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:**

- a) **Recuperação extrajudicial, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial quando não convertidas em falência;**
- b) **Prática, pelo Segurado, de liquidação precipitada, negócio simulado, alienação irregular de estabelecimento empresarial, simulação de transferência de estabelecimento, abandono de estabelecimento empresarial e descumprimento de plano de recuperação judicial sem justo motivo e/ou todo e qualquer ato de falência, de acordo com as definições constantes do Código Civil e da Lei de Falência;**

c) **Empresário que, na contratação da presente Cobertura, tenha conhecimento da iminência da decretação de falência, mas omite esta informação à Seguradora com o objetivo de influir na aceitação da contratação da Cobertura ou na taxa do Prêmio.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2 O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

5.3 Para fins desta cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 Após um evento de falência indenizado, o Segurado deverá comprovar reabilitação jurídica para exercício de atividade empresarial para que venha a ser elegível à Indenização de um segundo evento de perda de renda por falência. A comprovação da sua reabilitação jurídica para exercício de atividade empresarial será realizada por intermédio da apresentação de sentença contendo declaração judicial da extinção de suas obrigações nos autos do processo falimentar instaurado contra ele.

6.2 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no subitem 6.1 acima.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura, for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;

b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;

c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

9. CARÊNCIA

9.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

10. FRANQUIA

10.1 A Franquia será estabelecida contratualmente, essa definição será feita por evento, em dias contados a partir da data da Falência decretada.

11. PRÊMIO

11.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Condições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

**(i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e
(ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;

- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia da Sentença declaratória de falência da empresa do Segurado, bem como demais peças do processo falimentar que confirmem que a decretação da falência é irreversível;
- Para segundo evento comunicado: sentença contendo declaração judicial da extinção de suas obrigações nos autos do processo falimentar instaurado contra o Segurado, para comprovação de sua reabilitação à atividade empresarial;
- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
- Cópia das 03 (três) últimas mensalidades escolares quitadas.

13.1 Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura e caso a quantidade de mensalidades devidas seja inferior ou igual a 03 (três), a Seguradora realizará o pagamento de única vez. Caso a quantidade de mensalidades devidas seja superior a 03 (três), a Seguradora liberará o primeiro pagamento, correspondente a 03 (três) mensalidades após a regulação de Sinistro e a(s) restante(s), a cada 03 (três) meses, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção da falência do Segurado.

13.2 Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura a Seguradora realizará o pagamento de forma mensal, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção da falência do Segurado.

13.4 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

13.5 A Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

14. BENEFICIÁRIO

14.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Beneficiário será o Educando, ainda que assistido ou representado e seja ele ou não o Responsável Financeiro.

14.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços

escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

14.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (ITT)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, desde que contratada, auxilia o Beneficiário com o pagamento de uma Indenização, em caso da impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que estiver sob tratamento médico, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições aplicadas a presente Cobertura estão indicadas no item **DEFINIÇÕES** destas Condições Gerais.

2.2 Para fins desta Cobertura, complementam-se as definições:

2.2.1 Profissional Liberal: para efeito desta condição especial, considera-se profissional liberal, de acordo com a legislação em vigor, aquele que exerce profissão intelectual de natureza científica, literária ou artística de forma liberal, ou seja, sem que tenha Registro de Empresa, sem que seja empresário e sem que tenha qualquer vínculo empregatício com pessoa natural (física) ou jurídica.

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado conforme definido nas Condições Gerais, e que sejam enquadrados na definição do item 2.2.1. desta cobertura.

3.2 Após um evento de Incapacidade Física Total e Temporária indenizado, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma cobertura, após 6 (seis) meses, contados a partir da data do retorno a toda e qualquer atividade laborativa.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

a) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de

melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
c) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
d) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de Sinistro ocorrido na Vigência do Seguro;
f) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
g) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
h) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
i) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de Vigência do Seguro;
j) Participação do Segurado ou do Beneficiário, em 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 de prática de esportes.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2 Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado a data do afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa.

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 3.2.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA

7.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice, ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;
- c) Com o pagamento da Indenização relativa a esta condição especial extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do Seguro, independentemente da cobrança do Prêmio.

9. PRÊMIO

9.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

10. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

10.1 Esta cobertura abrange os eventos ocorridos em todo o território nacional, salvo Condições Contratuais em contrário.

11. CARÊNCIA

11.1 O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

11.2 O período de Carência poderá, a critério da Seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

11.3 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

12. FRANQUIA

12.1 É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e/ou Certificado Individual do Seguro, contados a partir da data do início da incapacidade física total e temporária do Segurado que o impeça de realizar toda e qualquer atividade laborativa.

13. DATA DO EVENTO

13.1 Para fins desta condição especial, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a datado afastamento do Segurado de toda e qualquer atividade laborativa, de acordo com a declaração do médico assistente do Segurado.

14. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

14.1. Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e**
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

14.3. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Declaração médica, constando diagnóstico, tratamento instituído e período de afastamento de toda e qualquer atividade laborativa, justificando o período indicado;
- Exames médicos complementares realizados;
- Comprovante de recolhimento do INSS ou Recibo de Pagamento Autônomo (RPA) - os três últimos anteriores ao afastamento - ou Declaração do imposto de renda ou Carnê leão – último;
- Cópia da comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento.
- Contrato de prestação de serviços escolares assinado entre responsável financeiro e instituição de ensino;
- Comprovação contábil/fiscal da atividade profissional nos 3 (três) meses que antecedem ao afastamento;
- Cópia das 03 (três) últimas mensalidades escolares quitadas.

14.1 Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura e caso a quantidade de mensalidades devidas seja inferior ou igual a 03 (três), a Seguradora realizará o pagamento de única vez. Caso a quantidade de mensalidades devidas seja superior a 03 (três), a Seguradora liberará o primeiro pagamento, correspondente a 03 (três) mensalidades após a regulação de Sinistro e a(s) restante(s) a cada 03 (três) meses, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de declaração médica, constando diagnóstico e tratamento realizado, confirmando o período total de afastamento.

14.2 Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura a Seguradora

realizará o pagamento de forma mensal, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de declaração médica, constando diagnóstico e tratamento realizado, confirmando o período total de afastamento.

14.3 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

15. BENEFICIÁRIO

15.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, ainda que assistido ou representado e seja ele ou não o Responsável Financeiro.

15.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

15.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

16. DISPOSIÇÕES GERAIS

16.1 Esta cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, tem função subsidiária.



COBERTURA DE PERDA DE RENDA POR QUEBRA DE CONTRATO (PRQC)

1. OBJETIVO

1.1 Esta cobertura, se contratada, auxilia o Beneficiário, com o pagamento de uma Indenização, em caso de rescisão involuntária (por vontade do contratante), imotivada (sem justa causa) e antecipada (antes da data prevista inicialmente no contrato) do contrato de prestação de serviço do Profissional Contratado responsável financeiro pelo educando – “quebra de contrato”, durante a vigência do seguro exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta cobertura, das Condições Gerais e as demais Condições Contratuais.

1.1.2 A indenização prevista no item anterior será paga durante o período em que o profissional contratado permaneça sem nenhuma fonte de renda, sempre limitada ao capital contratado.

1.1.3 A Quebra de Contrato ficará caracterizada se o Segurado (pessoa natural) comprovar vínculo de prestação de serviços com um único contratante por meio da assinatura e formalização do respectivo contrato de prestação de serviços, que preveja um mínimo de 30 horas semanais, e este representar sua única e exclusiva fonte de renda, desde que fique sem receber remuneração pela referida prestação dos serviços por prazo superior ao período correspondente à Franquia indicada nesta condição especial.

Será considerada **data do evento** a data de rescisão do contrato de prestação de serviço do Profissional Contratado, responsável financeiro pelo educando

2. DEFINIÇÕES

2.1 As definições aplicadas a presente Cobertura estão indicadas no item **DEFINIÇÕES** destas Condições Gerais.

2.2 Para fins desta Cobertura, complementam-se as definições:

2.2.1 **Prestador de Serviço Contratado:** para efeito desta condição especial, considera-se profissional (pessoa física ou empresário individual) contratado por meio de contato de prestação de serviço e que comprove sua remuneração por meio de notas fiscais de prestação de serviço, de acordo com a legislação em vigor. Pode possuir formação técnica ou acadêmica em determinada área, e tem autonomia, conhecimento e ferramentas para exercer suas atividades de maneira

independente, e sem que tenha qualquer vínculo empregatício com pessoa natural (física) ou jurídica.

3. ELEGIBILIDADE

3.1 Somente terá direito a esta Cobertura o Segurado conforme definido nas Condições Gerais, e que sejam enquadrados na definição do item 2.2.1. desta cobertura.

3.2 Somente serão elegíveis Prestadores de Serviço Contratados por período igual ou superior a 24 meses, ininterruptos, com um mesmo contratante, que se encontre em plena atividade profissional e em condições normais de saúde na data da adesão ao seguro

3.3 São inelegíveis à contratação desta Cobertura todos os que não se enquadram no conceito e definição indicados no objeto da presente Cobertura, especialmente, mas não se limitando a:

- a) Profissionais autônomos que não possuam contrato de Prestação de Serviços;
- b) Explorador de atividade rural (agricultura, pecuária e/ou extrativista);
- c) Profissionais que tenham vínculo de natureza empregatícia formalizado por Contrato de trabalho registrado em Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS)
- d) Estagiários, empregados ou prestadores com contrato de serviço temporário, com término estabelecido em contrato
- e) Profissionais liberais ou prestadores de serviço com mais de uma fonte de renda

2.4 Após um evento de Perda de Renda por Quebra de Contrato, o Segurado somente estará elegível à Indenização de um segundo evento da mesma cobertura, após 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data do retorno à atividade laborativa.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos expressamente excluídos no item 5 das Condições Gerais, estão também excluídos:

- a) Falência do contratante
- b) Renúncia ou pedido de rescisão voluntária do contrato por parte do contratado
- c) Rescisão unilateral do contrato de prestação de serviços por justa causa e/ou por descumprimento das coberturas por parte do contratante
- d) Contratos de estágios
- e) Recuperação extrajudicial, recuperação judicial ou liquidação extrajudicial do contratante quando não convertidas em falência;
- f) Prestadores de Serviço contratado que, na contratação da presente Cobertura, tenha conhecimento da iminência da rescisão do contrato, mas omite esta informação à Seguradora

com o objetivo de influir na aceitação da contratação da Cobertura ou na taxa do Prêmio.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1 O Capital Segurado para esta cobertura será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

5.2 O valor máximo de cada parcela e a quantidade máxima de parcelas indenizáveis, serão estabelecidos no Contrato do Seguro e no Certificado Individual do Seguro.

5.3 Para fins desta cobertura, considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do cancelamento do contrato de prestação de serviço comprovado mediante cópia autenticada do contrato e termo de rescisão com firma reconhecida do contratante e contratado (responsável financeiro pelo educando).

6. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1 O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada Evento Coberto, sem cobrança de Prêmio adicional, observado o disposto no item 3.2.

7. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA

7.1 A Cobertura compreendida por esta cobertura começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início de vigência da Apólice ou em data posterior, por meio de aditivo, quando esta cobertura for contratada após entrada em vigor da Apólice.

8. CESSAÇÃO DE COBERTURA

8.1 Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a Cobertura do risco individual extingue-se nas seguintes situações:

- a) Com o falecimento do Segurado ou do Beneficiário;
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da Apólice ou da presente condição especial;

9. CARÊNCIA

9.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de Vigência Individual.

10. FRANQUIA

10.1. A Franquia será estabelecida contratualmente, essa definição será feita por evento, em dias, contados a partir da data da rescisão do contrato.

11. PRÊMIO

11.1 O Prêmio referente a esta cobertura estará previsto contratualmente.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

12.1 Está cobertura abrange os eventos ocorridos em território nacional, salvo Condições Contratuais em contrário.

13. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

13.1 Os elementos essenciais para aferição e decisão sobre a existência de Cobertura, referentes à presente Cobertura são:

- (i) o aviso de sinistro totalmente preenchido e**
- (ii) a entrega dos documentos associados à Cobertura pleiteada, conforme abaixo:**

13.2. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 19, além do aviso de sinistro devidamente preenchido, deverão ser apresentados os seguintes documentos conforme abaixo:

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- formulário “Termo de Cessão”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiário(s) ou responsável legal, caso o beneficiário seja menor de 18 anos;
- cópia do Certificado Individual do Seguro;
- Cópia do RG (carteira de identidade), CPF (Cadastro de Pessoa Física) e do comprovante de residência do Segurado;
- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços do Segurado e notas fiscais
- Termo de Rescisão ou distrato
- Registro de empresário individual quando aplicável
- Última declaração do Imposto de renda
- Comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento do INSS
- Cópia do Contrato de Prestação de Serviços escolares assinado entre Responsável Financeiro e Instituição de Ensino;
- Cópia das 03 (três) últimas mensalidades escolares quitadas.

13.1. Caracterizado o direito ao recebimento do Capital Segurado desta Cobertura e caso a quantidade de mensalidades devidas seja inferior ou igual a 03

(três), a Seguradora realizará o pagamento de única vez. Caso a quantidade de mensalidades devidas seja superior a 03 (três), a Seguradora liberará o primeiro pagamento, correspondente a 03 (três) mensalidades após a regulação de Sinistro e a(s) restante(s), a cada 03 (três) meses, observado o limite de mensalidades contratadas, condicionado à apresentação de documentos comprobatórios da manutenção da falência do Segurado.

13.3 As demais regras para análise e regulação de Sinistros relacionadas a presente Cobertura, bem como para pagamento de Indenização (se caracterizada obrigação da Seguradora) estão indicados nas Condições Gerais deste Seguro.

13.4 A Seguradora poderá solicitar a atualização mensal destas informações ao Segurado. Nesta hipótese, a não apresentação poderá ensejar a suspensão do pagamento da Indenização.

Os referidos elementos devem ser submetidos pelo Segurado à Seguradora na forma e no prazo previstos nas Condições Gerais, sob pena de negativa de cobertura.

14. BENEFICIÁRIO

14.1 Para efeito desta condição especial, o Beneficiário será o Educando, ainda que assistido ou representado e seja ele ou não o Responsável Financeiro.

14.2 O pagamento da Indenização será realizado de forma periódica e acompanhará o Período Letivo estipulado no Contrato de Prestação de Serviços escolar assinado entre Segurado e Instituição de Ensino, desde que contratado o ciclo escolar compatível com o Período Letivo, salvo se houver disposição em contrário no Contrato.

14.3 O pagamento periódico de Indenização referente exclusivamente das mensalidades escolares será realizado diretamente à Instituição de Ensino. Nos seguros Contributários será garantido a possibilidade de substituição do Instituição de Ensino que recebe diretamente a indenização.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1 Está cobertura faz parte integrante das Condições Gerais da Apólice. As normas constantes desta cobertura, por serem mais específicas, prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais que, em relação a esta cobertura, têm função subsidiária.



CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. DEFINIÇÕES

1.1 **Excedente Técnico:** para fins desta cobertura prevalece o conceito indicado nas Condições Gerais deste Seguro.

2. APURAÇÃO DO RESULTADO

2.1 A periodicidade da apuração será anual, salvo disposições contrárias estabelecida contratualmente.

2.2 Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como RECEITAS:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da Apólice, efetivamente pagos, líquidos de Imposto Sobre Operações Financeiras - IOF;
- b) estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados - IBNR do período anterior;
- d) recuperação de Sinistros do ressegurador.

2.3 Para fins de apuração de resultado técnico consideram-se como DESPESAS:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) Prêmios de resseguro;
- e) valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., 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;
- f) alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) saldo da provisão de IBNR do período;
- h) saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.

2.4 Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de Excedente

Técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

2.5 A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 2.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 2.3 (d) referentes ao período de apuração.

2.5.1 Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

2.6 Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

3 INÍCIO DE VIGÊNCIA

3.1. O início de vigência desta cobertura será sempre equivalente ao início de vigência ou da data do aniversário da Apólice.

4 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

4.1 O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

4.2 As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, desde o mês:

- a) do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b) do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c) da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d) de competência para as despesas de administração da Seguradora.

5 CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

5.1 A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

5.1.1 Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada

após 12 (doze) meses contados do prazo máximo estabelecido no item 5.1. acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.

5.2 Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.

5.3 Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

6 DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

6.1 Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

6.2 Nos Seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o Seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.