

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro de Acidentes Pessoais, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o Segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-se cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Fevereiro/2024

Documento registrado no ___º Oficial de Registro de Títulos e Documentos de São Paulo sob o nº _____.

Seguro de Acidentes Pessoais - Processo SUSEP nº 15414.003485/2007-83

Este Seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00.

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO - ESCOLAR**

Índice

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. CONCEITO DAS COBERTURAS	4
3. RISCOS EXCLUÍDOS	10
4. CARÊNCIA	10
5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	11
6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	11
7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	11
8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	11
9. BENEFICIÁRIOS.....	13
10. CAPITAIS SEGURADOS	13
11. CERTIFICADO INDIVIDUAL	13
12. CUSTEIO DO SEGURO	13
13. PRÊMIO.....	14
14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	16
15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS.....	16
16. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	20
17. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	21
19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	22
20. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	23
21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	23
22. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	23
23. PRESCRIÇÃO	23
24. DO FORO	23
25. CONCEITOS.....	24

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO - ESCOLAR

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. As coberturas deste seguro mencionadas abaixo são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora e os **riscos excluídos destas Condições Gerais.**

- **MA – Morte Acidental;**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- **DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;**
- **Traslado Médico.**

1.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado Proposta de Contratação, qual(is) cobertura(s) pretende contratar.

1.3.1 A coberturas de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas somente poderá ser contratada, obrigatoriamente, com a cobertura de Traslado Médico.

1.3.2 A Seguradora disponibilizará uma rede de serviços credenciados que poderão ser utilizados em substituição a cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas e Traslado Médico. Neste caso, a solicitação do serviço deverá ser feita através do telefone da Central de Assistência e o atendimento será prestado até o limite do valor contratado para a cobertura.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. MA - Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos beneficiários o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.1.1 Além dos riscos mencionados no item 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.1.2 Para os segurados menores de 14 (catorze) anos, a presente cobertura se destina **exclusivamente ao reembolso de despesas.**

2.2. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente**, item 2.2.13, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja

perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.2.1 Além dos riscos mencionados no item 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura, as doenças quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.2.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.2.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, do grau de redução funcional apresentado, sobre o percentual máximo previsto na Tabela (item 2.2.13) para aquele membro ou órgão. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

2.2.5. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.2.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

2.2.7. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total, conforme “Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente” (item 2.2.13).

2.2.8. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva, apurado após o acidente.

2.2.9. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.2.10 As indenizações previstas para as Coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, o capital já pago por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzido da indenização a ser paga pela Cobertura de Morte por Acidente, quando esta cobertura for contratada.



2.2.11. A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.**

2.2.12 Além dos riscos excluídos previstos no item 3, estão expressamente excluídos desta cobertura as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.13. É vedada a contratação dessa cobertura para menores de 14 (catorze) anos.



2.2.14. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
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 e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50



2.2.14. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

2.3. IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no item 2.3.1., em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.3.1. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.3.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.3.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

2.3.4. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva, apurado após o acidente.

2.3.5. As indenizações previstas para as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.3.6. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.3.7. Além dos riscos excluídos previstos no item 3, estão expressamente excluídos desta cobertura as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.3.8. É vedada a contratação dessa cobertura para menores de 14 (catorze) anos.

2.4. DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

2.4.1 Além dos riscos mencionados no item 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídos dessa cobertura:

- a) estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

2.4.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

2.4.3. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.4.4. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.4.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.4.6. Além dos riscos excluídos previstos no item 3, estão expressamente excluídos desta cobertura as despesas decorrentes de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes, aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

2.5 Traslado Médico

Consiste no reembolso de despesas ou na prestação de serviços de assistência, limitado ao capital segurado contratado, para transferência do segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos.

2.5.1 Desde que requisitado por médico ou equipe médica responsável pelo atendimento, a cobertura de traslado médico prevê mais de uma remoção, observado o limite do capital segurado contratado.

2.5.2 Para a solicitação desta cobertura será necessário a solicitação de um relatório médico com os detalhes do tratamento e motivo da solicitação da transferência.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos determinados nas coberturas, estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do seguro não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da Apólice do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) evento ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

4. CARÊNCIA

Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O presente seguro cobre os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1 A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

6.2 A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

6.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

6.4 A renovação que não implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante, independentemente de anuência expressa dos segurados.

6.5 Início de Vigência

6.5.1. O início de vigência da apólice mestra se dará na data expressa na Proposta de Contratação, na apólice e no Contrato.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 O início e término de vigência de cada segurado serão definidos no Contrato.

7.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

7.3. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

7.4 Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

7.4.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitada o período correspondente ao prêmio pago.

7.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice, nos termos da cláusula 5, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

8.3 Poderão ser incluídos no presente seguro as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas no Contrato.

8.4 A inclusão dos componentes seguráveis poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido no Contrato:

Automática: nos seguros não contributários, quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro.

8.5. A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

8.5.1. A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho e assinada pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8.6. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

8.6.1 Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

8.6.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.6.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 8.6 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

8.7. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data da formalização da recusa, devidamente atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, desde a data do recebimento do prêmio pela Seguradora, deduzindo do valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecida a cobertura.

8.7.1 Nos contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o proponente terá cobertura entre a data do recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

8.8 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovada pela Seguradora que silenciou de má-fé, conforme disposto na alínea ‘a’ do item 18.

8.8.1 A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

I - cancelar o seguro;

II - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

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

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

9.2 Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

9.2.1 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

9.4 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Traslado Médico previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

10. CAPITAIS SEGURADOS

10.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

10.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente;

11. CERTIFICADO INDIVIDUAL

11.1. No início de cada vigência e a cada renovação subsequente do contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado, contendo as informações sobre o seguro contratado.

12. CUSTEIO DO SEGURO

Conforme disposto no Contrato, o custeio do seguro pode ser:

- **Não-Contributário** – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do segurado.

- **Contributário** - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

13. PRÊMIO

13.1 A forma de pagamento do prêmio será estipulada no Contrato.

13.2 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:

13.2.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia útil subsequente, em que haja referido expediente.

13.2.2 A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

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

13.4 Fica vedada a cobrança do Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

13.5 Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

13.6 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, não havendo possibilidade, em qualquer hipótese, de devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

13.7 Os prêmios das apólices poderão ser pagos à vista ou mensal. No caso de vigência anual, os prêmios também poderão ser fracionados em até 7 (sete) parcelas conforme acordado com o Estipulante.

13.8 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

13.9 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.9.1. Para a forma de pagamento de prêmio mensal:

13.9.1.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de evento ocorrido no período de suspensão.

13.9.1.2. Quando suspenso, o seguro, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, **por uma única vez**, antes de seu cancelamento, mediante a retomada do pagamento do prêmio referente ao risco a decorrer, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.**

13.9.1.3 Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

13.9.1.4 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias será acrescido de multa de 2% e juros de mora de 0,116667% ao dia.

13.9.1.5. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.9.1.5.1. O Estipulante/Segurado em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas, quando houver, e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

13.9.1.5.2. Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

13.9.2. Para a forma de pagamento de prêmio fracionado:

13.9.2.1. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada no mínimo a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

13.9.2.2 Para percentuais não previstos no **subitem 13.9.2.1.**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

13.9.2.3. A Seguradora deverá informar ao Estipulante e/ou ao Segurado, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme **item 13.9.2.1** acima.

13.9.2.4. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice. Ao prêmio a ser pago, será acrescido multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de seguro e condições contratuais da apólice.

13.9.2.5. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no **item 13.9.2.1** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a seguradora operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

13.9.2.6. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão em caso de restabelecimento do contrato.

13.9.2.7. O disposto no **item 13.9.2** e seus subitens não se aplicam aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

13.9.3 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13.9.4 Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado a sociedade seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela prazo curto prevista no subitem 13.9.2.1, além dos emolumentos.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1 Para os seguros com vigência igual ou superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

14.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

15. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

15.1 Em seguida deverá ser encaminhada a **documentação relacionada adiante**, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

15.2 Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação do último documento dentre aqueles solicitados pela seguradora, definidos nas Condições Especiais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”.

15.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nestas Condições Gerais, no item “Documentos para Regulação dos Sinistros”, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 14.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

15.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 15.2 e 15.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 3,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

15.2.3 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

15.2.3.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

15.2.4 Documentos que a Seguradora venha solicitar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.3 Documentação para regulação de Sinistros

15.3.1 Para todas as coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

15.3.2 Para a Cobertura de Morte Acidental:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante (contrato ou matrícula do aluno);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;



II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita serão necessários documentos complementares equivalentes aos beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

15.3.3 Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (Total ou Parcial):

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante (contrato ou matrícula do aluno);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

15.3.4 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;



e) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados.
- b) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

15.3.5 Para a Cobertura de Traslado Médico:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados.
- b) Relatório médico devidamente assinado e carimbado pelo médico assistente contendo os detalhes do tratamento e motivo da solicitação da transferência.

15.3.6. Caso seja necessário, podem ser realizadas perícias e até Junta Médica, com a finalidade de definir o evento.

15.3.7. O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os

médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações a seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

15.3.8 Documentos que a Seguradora venha solicitar após o sinistro não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

15.3.9 Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

15.4 Junta Médica

15.4.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

15.4.1.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado 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.

15.4.1.2 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.

15.4.2 Perícia da Seguradora

15.4.2.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência dos eventos garantidos nos termos destas Condições Gerais.

15.4.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade de tais informações.

15.4.2.3 Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

16. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

16.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado;
- b) com a morte do segurado;
- c) por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito;



- d) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa, ou cometerem fraude no ato da contratação e/ou durante toda a vigência do contrato;
- e) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) com o cancelamento ou término de vigência, sem renovação, da apólice mestra; e
- g) automaticamente se houver inexistência ou omissão nas declarações do segurado, seu representante, seu corretor de seguros e/ou estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato, hipótese em que perderá direito à garantia, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido.

16.2. Havendo o pagamento integral do capital segurado referente às coberturas de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente, ou DMHO - Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, ocorrerá a cessação da respectiva cobertura.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

A apólice Mestra será cancelada:

- 17.1** por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e Expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- 17.2** pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 13;
- 17.3** se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação e/ou durante toda a vigência do contrato; e
- 17.4** quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

18. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

18.1 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.

18.1.1 A perda do direito à indenização, também ocorrerá nas seguintes situações:

- a) inexistência ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) agravamento intencional do risco objeto do contrato, nos termos do artigo 768 do Código Civil de 2.002;

18.1.1 Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

18.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 17.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

19.1 Constituem obrigações do estipulante:

- I - fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI - 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;
- VII - comunicar, de imediato, à sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

19.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- I – cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

20. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

20.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

20.1.1. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e, sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

20.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

20.2.1 A alteração nas condições contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice.

21. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

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

22.4 **Na hipótese de impossibilidade de contato e/ou da utilização da rede de serviços referenciada, o Segurado ou Beneficiário poderá arcar com as despesas e solicitar o reembolso, desde que previsto no regulamento da Assistência.**

23. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

24. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.



25. CONCEITOS

25.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou acarrete despesas médico-hospitalares.

25.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

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

25.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 25.1, acima.**

25.2. Apólice de Seguro

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

25.3 Apólice de averbação ou aberta

Apólice em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado.

25.4. Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado.

25.5. Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

25.6. Carência

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

25.7. Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

25.8. Certificado de Seguro

Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

25.9. Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

25.10. Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Seguro e da Apólice Mestra.

25.11. Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

25.12. Corretor de Seguros

É o representante do segurado legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

25.13 Documentos contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual, e o endosso.

25.14. Estipulante

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

25.15. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

25.16 Endosso

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

25.17. Evento Preexistente

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

25.18. Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

25.19. Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade dos alunos matriculados no estabelecimento de ensino, e que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, no Contrato.

25.20. Indenização

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

25.21. Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

25.22. Migração de apólices

Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

25.23. Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

25.24. Proponente

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva

25.25. Proposta de Adesão

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

25.26. Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro.

25.27. Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

25.28. Segurados

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

25.29. Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio, garante os riscos previstos no contrato.

25.30. Sinistro

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

25.31 Vigência

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