

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro 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-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaque 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 Dezembro/2025

Acidentes Pessoais Coletivo – 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 2^a a 6^a 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**

SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	5
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.....	12
9.	BENEFICIÁRIOS.....	13
10.	CAPITAIS SEGURADOS	14
11.	CERTIFICADO INDIVIDUAL	14
12.	CUSTEIO DO SEGURO	14
13.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
14.	CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO	16
15.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	17
16.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	17
17.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	19
18.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	26
19.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	27
20.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	27
21.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	28
22.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	29
23.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	29
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	29
25.	PREScriÇÃO	30
26.	DO FORO	30
27.	CONCEITOS.....	30

**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.**

1.1.1 Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.

1.1.2 Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024 e, no que couber, pela Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de Resoluções, Circulares e Instruções Normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.

1.1.3 Qualquer alteração no contrato de seguro será efetuada mediante emissão de endosso pela Seguradora.

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 2.2.14) 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 2.2.14).

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

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 tibio-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 $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ 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;
- h) Sinistro cuja causa não for possível de ser apurada e concluída pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

4. CARÊNCIA

4.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

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

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 anuênciam 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 anuênciam 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 vigerão 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, deste seguro será precedida da análise do risco pela Seguradora.

8.2. A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo Estipulante, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

8.3. O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado

8.4. A Proposta de Seguro faz parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.

8.5. A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou impedimento da livre iniciativa empresarial.

8.6. O Proponente/Estipulante é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio.

8.7. O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

8.8. O descumprimento culposo do dever de informar previsto acima, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

8.9. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

8.9.1. Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora

8.9.2. A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo com sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando os aspectos comerciais, atuariais e técnicos.

8.10. Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, às administrativas e tributos.

8.11. Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente/Estipulante, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas através do Portal do Corretor ou Portal de Parceiros autorizados.

8.12. A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações complementares.

8.13. A solicitação de esclarecimentos, documentos entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

8.14. As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.

8.15. Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**

8.16. No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente/Estipulante, ou seu representante legal.

8.17. Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.

8.18 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.

8.19 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”.

8.19.1. 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.

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.

9.2.2 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.

9.2.3 A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

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

12.1. 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. PAGAMENTO DO 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 fractionados 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 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 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.

13.9.2 A Seguradora enviará ao Segurado, ou, se o caso, ao Estipulante, ou corretor de seguros ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, e o advertindo de que, não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.

13.9.3 O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.

13.9.4 Porém, se o Segurado, ou o Estipulante, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.

13.9.5 A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.

13.9.6 O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.

13.9.7 O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.

13.9.7.1 Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a segura não recepcionará o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.

13.9.7.2 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**.

13.9.7.3 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

14.1 O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e que após 90 (noventa) dias de suspensão, o seguro será cancelado.

14.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação.

14.3 Ainda que seja feito o pagamento da parcela subsequente à parcela em aberto, não afastará a suspensão das garantias e o consequente cancelamento da apólice.

14.4 No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.5 Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado a sociedade seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com o período de vigência correspondente, além dos emolumentos.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

15.1 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.

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

16. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

16.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

16.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

16.3 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

16.3.1 Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses 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.

16.3.2 Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.

16.3.2.1 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.

16.4 Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.

16.5 A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, **exclusivamente** à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.

16.6 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação

do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

16.6.1 A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

16.6.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.

16.6.3 Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.

16.6.4 Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

16.7 A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

16.8 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.

16.9 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.

16.10 O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.

16.11 Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.

16.12 São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.

16.13 A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

17.1.1 **A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.**

17.1.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele **em que for integralmente atendida a solicitação**.

17.1.3 Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no **subitem 17.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

17.1.4 O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

17.1.5 **Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.**

17.1.6 Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 17.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.

17.2 Em apurando existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar, a Seguradora adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

17.3 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 16 e 17 destas Condições Gerais, bem como providenciar os elementos e documentos necessários descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

17.4 Documentos necessários para liquidação de sinistro para todas as coberturas:

- a) Contrato de Matrícula do (a) aluno (a) para comprovação do vínculo com a instituição de ensino;
- b) Termo de Cessão de Direitos do responsável legal do aluno (a) autorizando crédito da indenização em favor as Instituição educacional, em caso de reembolso a ser realizado para a escola.

17.4.1 Para a Cobertura de Morte Acidental:

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional, em caso de sinistro com funcionário da instituição de ensino;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período da cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Croqui do local do acidente;
- e) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito)
- g) Exame de Dosagem Alcoólica (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- h) Exame Toxicológico (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- i) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML);
- j) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- k) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- l) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;

*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.

- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação:
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

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.

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

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admisional em caso de sinistro com funcionário da instituição de ensino;
- b) Atestado de Saude Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;
- d) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- g) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetados(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- i) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza a lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- j) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil;
- c) Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador;
- d) Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador;
- e) Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- f) CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- g) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

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

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação)
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado
- d) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional, em caso de sinistro com funcionário da instituição de ensino;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- b) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;

- d) Nota fiscal e/ou recibos de pagamento dos atendimentos, procedimentos e/ou medicamentos, acompanhado das devidas prescrições médicas;
- e) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- f) Prescrição médica de medicamentos;
- g) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- h) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores em que deve constar o nome do Segurado e nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados. Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou tomador constante da Nota Fiscal e/ou Recibo (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo;
- c) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- d) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- e) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- f) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

17.4.4 Para a Cobertura de Traslado Médico:

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional, em caso de sinistro com funcionário da instituição de ensino;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno às suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de açãoamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;
- d) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- g) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetados(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil;
- c) Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador;
- d) Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador;
- e) Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- f) CPF do tutor (em vaso de não constar em outro documento de identificação);
- g) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

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

17.4.6 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.

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

17.4.8 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.

17.5 Junta Médica

17.5.1 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.

17.5.1.1 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.

17.5.1.2 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.

17.5.2 Perícia da Seguradora

17.5.2.1 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.

17.5.2.2 O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médica 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.

17.5.2.3 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 resarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

18. CESSEÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

18.1 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.

18.2. 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, , ocorrerá a cessação da respectiva cobertura.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1 A apólice Mestra será cancelada:

19.1.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuênciam prévia e Expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 Além dos casos previstos em Lei, A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários, as seguintes hipóteses:

20.2 Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros;

20.3 Se agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

a) Será relevante o aumento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização;

b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.

20.4 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:

20.4.1 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio.

a) Se o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;

b) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

20.5 Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro;

20.6 Se o segurado, o estipulante, ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio

do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

- 20.6.1 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
- 20.6.2 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- 20.7 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.
- 20.7.1 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.
- 20.8 For omissão ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros.
- 20.9 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 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.
- XI - o estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário;
- XII - além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

21.2 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.

22. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

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

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

22.2 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.

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

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 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.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

24.1 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.

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

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

24.4 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.

25. PRESCRIÇÃO

25.1 Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

26. DO FORO

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

27. CONCEITOS

27.1 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.

27.1.1 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.

27.1.2 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 médica-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 27.1, acima.

27.2 Agravamento de risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

27.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

27.4 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.

27.5 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.

27.6 Capital Segurado

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

27.7 Carênciа

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.

27.8 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

27.9 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.

27.10 Condições Contratuais

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

27.11 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

27.12 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.

27.13 Condições Particulares

Cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais do Contrato de Seguro, com a finalidade de destacar, modificar ou particularizar aspectos da Cobertura do seguro, quer em relação ao Segurado, quer em relação a determinado Risco. As Condições Particulares podem aumentar ou diminuir o nível de abrangência das Coberturas contratadas.

27.14 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.

27.15 Corretor de Seguros

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

27.16 Documentos contratuais

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

27.17 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.

27.18 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.

27.19 Endosso

Documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

27.20 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.

27.21 Grupo Segurado

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

27.22 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.

27.23 Indenização

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

27.24 Início de vigência

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

27.25 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.

27.26 Prêmio

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

27.27 Proponente

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

27.28 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

27.29 Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar ou alterar o seguro, abrangendo, no caso de contratação de apólices coletivas, tanto a proposta de adesão contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificações, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

27.30 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.

27.31 Regulação e Liquidação de Sinistro

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora.

27.32 Segurados

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

27.33 Seguradora

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

27.34 Sinistro Coberto

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro. Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

27.35 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.