



SEGURO ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
ESCOLAR

CONDIÇÕES GERAIS
Processo SUSEP nº. 15414.001880/2008-11

ÍNDICE

1.	OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2.	DEFINIÇÕES.....	3
3.	GARANTIAS DO SEGURO.....	7
4.	RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5.	ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA.....	9
6.	CARÊNCIAS.....	9
7.	GRUPO SEGURÁVEL.....	9
8.	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	9
9.	VIGÊNCIA DA APOLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	10
10.	CAPITAL SEGURADO.....	10
11.	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	11
12.	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	12
13.	PRAZO DE TOLERÂNCIA.....	12
14.	PERDA DE DIREITO.....	12
15.	CANCELAMENTO DA APÓLICE.....	13
16.	OBRIGAÇÕES.....	13
17.	REGULAÇÃO DE SINISTROS.....	14
18.	BENEFICIÁRIOS.....	16
19.	REGIME FINANCEIRO.....	16
20.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	16
21.	SUB-ROGAÇÃO.....	16
22.	RATIFICAÇÃO.....	17
23.	FORO.....	17
24.	DISPOSIÇÕES GERAIS.....	17
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL.....	18
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	21
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	27
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	30

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização ou reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à Morte, ou a Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se neste conceito:

- b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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
- b.4) 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 subitem 2.1.

2.2 Aceitação

Ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Contratação apresentada pelo Estipulante para Cobertura do Risco.

2.3 Agravação do Risco

É toda e qualquer alteração que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do seguro.

2.4 Âmbito de Cobertura

Significa abrangência da Cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

2.5 Apólice de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.6 Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.7 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.8 Beneficiário

Pessoa física designada para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.9 Boa-Fé

Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência do sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

2.10 Cancelamento

É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

2.11 Capital Segurado

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

2.12 Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.13 Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do Seguro, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do Prêmio.

2.14 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato e do Certificado Individual.

2.15 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.16 Condições Especiais

São disposições anexadas à Apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

2.17 Corretor de Seguros

Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou

privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente ao país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG).

2.18 Consignante

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor das sociedades Seguradoras, correspondentes aos Prêmios devidos pelos Segurados.

2.19 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.20 Contrato do Seguro

Disposição introduzida na Apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da garantia, enfocados de forma particular.

2.21 Data do Evento

É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

2.22 Dolo

É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

2.23 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.

2.24 Estorno de Prêmio

É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um Prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

2.25 Evento Coberto

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

2.26 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.27 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.28 Hospital

É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

2.29 Indenização

O valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva Garantia contratada.

2.30 Índice de Sinistralidade

É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de Apólices, e o volume global dos Prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

2.31 Início de Vigência

É a data a partir da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.32 Laudo Médico

Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as Condições Físicas e de Saúde do Proponente.

2.33 Médico

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.34 Migração de Apólices

É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.35 Nota Técnica Atuarial

É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.36 Parâmetros Técnicos

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas puras utilizadas.

2.37 Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

2.38 Prazo de Carência

É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

2.39 Prêmio

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

2.40 Prêmio Comercial

Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

2.41 Prêmio Puro

Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão da Apólice, se houver.

2.42 Pró-Labore

Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a Apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro.

2.43 Proponente

É o interessado em contratar a(s) Garantia (s), ou aderir ao Contrato.

2.44 Proposta de Contratação

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.45 Regime Financeiro de Repartição Simples

É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

2.46 Regulação de Sinistro

É o processo que avalia o pagamento de indenização ao Segurado.

2.47 Renovação Automática

Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

2.48 Risco

É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o Seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver Contrato de Seguro.

2.49 Riscos Excluídos

São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.50 Seguro

É o Contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de Prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

2.51 Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

2.52 Seguradora

Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (Susep) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o Prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo Contrato de Seguro.

2.53 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

2.54 Vigência do Seguro

Período de tempo em que a Cobertura de risco será garantida pela Seguradora.

2.55 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

1.1 Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais, convencionadas nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato que dela fazem parte integrante e inseparável.

1.2 As garantias abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais em conformidade com o Estipulante e Segurado.

1.3 As Garantias deste Seguro dividem-se em básicas e adicionais. Desde que contratadas, as garantias oferecidas por este seguro são:

1.3.1 Garantias Básicas:

- Morte Acidental (MA);

1.3.2 Garantias Adicionais:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).
- Assistência Funeral, em caso de Morte Acidental.

1.4 A contratação da Garantia Adicional fica condicionada à contratação da Garantia Básica de Morte Acidental.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as Garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;
- c) danos morais;
- d) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta de Adesão Individual, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta de Adesão Individual.
- e) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- f) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- h) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;
- k) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- l) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;
- m) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;
- n) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- o) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- p) perda de dentes e danos estéticos;
- q) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- r) **sequestro ou tentativa de sequestro;**
- s) **participação em disputas ou duelos.**

5. ÂMBITO GEOGRAFICO DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em todo globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

6. CARÊNCIAS

6.1 Para todas as Garantias do Seguro de Acidentes Pessoais não haverá carência, exceto em caso de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.2 Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.3 No caso de migração de Apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no Seguro pela apólice anterior.

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1 Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde e que se vincularem ao Estipulante como alunos, funcionários e/ou professores.

7.2 O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no Grupo Segurado.

7.3 No caso de recepção de grupo de Segurados, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja garantia esteja em vigor, inclusive aqueles que estiverem afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a "Migração de Apólices", tem seu conceito definido no glossário.

7.4 Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará na manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura Individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1 A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco pela Seguradora.

8.2 A contratação do Seguro somente será feita com o preenchimento, e assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

8.3 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a não aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. No caso do término do prazo de 15 (quinze) dias e não tenha ocorrido manifestação por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.3.1 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.4 Ficarà a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto,

obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

8.5 Em caso de recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, há cobertura do risco durante o período entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

8.6 Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subseqüentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente.

9. VIGÊNCIA DA APOLICE, DA COBERTURA INDIVIDUAL E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência da apólice será de até 5 (cinco) anos, sendo definida nas Condições Contratuais.

10.2 As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.3 Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

10.4 Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará nas Condições Contratuais.

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

10.6 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

10.7 As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice, comunicar o desinteresse pela Renovação.

10.8 A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

10.9 A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do Grupo Segurado.

10. CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como Capital Segurado, o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

- 11.2** No caso das Garantias de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 11.3** As indenizações garantidas pelas Garantias de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.
- 11.4** O Capital Segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será pago sob forma única, o que constará expressamente da Proposta de Contratação.
- 11.5** No caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.
- 11.6** No caso do Segurado possuir menos de 14 (quatorze) anos, o Capital Segurado para a Garantia de Morte Acidental ficará limitado ao reembolso de despesas com funeral.
- 11.7** A garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, só poderá ser contratada por pessoa maior de 14 (quatorze) anos

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1** Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.
- 11.2** O tipo de custeio do prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado nas Condições Contratuais, classifica-se em:
- a)** contributário: onde os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
 - b)** não contributário: onde o Estipulante custeia o prêmio totalmente;
 - c)** parcialmente contributário: onde os Segurados e o Estipulante participam do custeio do Seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes.
- 11.3** O prêmio poderá ser pago de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou única, conforme opção feita pelo Estipulante, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice.
- 11.4** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.
- 11.5 O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.**
- 11.5.1** O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.
- 11.5.2 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.**
- 11.6** A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.
- 11.7** O Estipulante somente poderá interromper o recolhimento dos prêmios se houver o desligamento do aluno, professor ou funcionário ou mediante pedido formal do Segurado, salvo nos casos de cancelamento da Apólice.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 12.1** O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do Contrato é o **IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas**.
- 12.2** No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 12.2.1** Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.
- 12.3** Para as Apólices com vigência anual ou plurianual, os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da Apólice, durante a vigência do seguro, pelo IPC/FGV acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice, exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela das mensalidades escolares.
- 12.3.1** Para as Apólices com vigência inferior a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias, não haverá atualização monetária para o Capital Segurado nem para o prêmio.
- 12.4** Os Capitais Segurados serão recalculados conforme a variação das mensalidades escolares informadas pelo Estipulante à Seguradora.

13. PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 13.1** **Caso o Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica garantido o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.**
- 13.2** Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta de Contratação, o Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.
- 13.3** Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido.
- 13.4** Caso o Estipulante permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias do prêmio não pago, a apólice poderá ser cancelada pela Seguradora.

14. PERDA DE DIREITO

- 14.1** **O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.**
- 14.2** Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.
- 14.3** **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Estipulante e do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 14.3.1** **Na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a Cobertura contratada.
- 14.3.2** **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
- cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a Cobertura contratada para riscos futuros.

14.3.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado,

c) cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

d) o segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

e) a Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia contratada.

f) o cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída à diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

15. CANCELAMENTO DA APÓLICE

15.1 O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

15.2 O contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

15.3 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do Seguro, sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16. OBRIGAÇÕES

16.1 São obrigações do Estipulante:

a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;

b) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

c) repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

e) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;

- f) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade, bem como todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
- g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- h) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- j) informar quando houver interesse na alteração de Capital.

16.1.1. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

16.1.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

16.1.3 O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

16.1.4 Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

16.1.5 Cabe ressaltar que a inobservância ao subitem anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

16.1.6 Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

16.1.7 O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e Prêmios.

16.1.8 Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste Contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

16.2 São obrigações da Seguradora:

- a) incluir no Contrato de Seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;
- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;
- c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

17. REGULAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), conforme o caso, deverá(ão) apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, definidos para cada garantia nas Condições Especiais do seguro.

- 17.2** A Indenização, de acordo com o plano de Seguro contratado, será paga sob a forma de pagamento único.
- 17.3** Os pagamentos relativos às Garantias deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.
- 17.4** Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a regulação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no subitem 17.3 implicará sobre o valor do Capital Segurado:
- 17.4.1** Juros moratórios de 1% (um por cento) para cada mês de atraso.
- 17.4.2** Atualização Monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice determinado no item 12, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 17.5** Faculta-se à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos e/ou informação. Neste caso o prazo de que trata o subitem 17.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 17.6** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, 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, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, 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.
- 17.6.1** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 17.7** Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio pago para fins de verificação da cobertura.
- 17.8** A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.
- 17.8.1** É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.
- 17.9** Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 17.10** No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.
- 17.11 Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:**
- a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:**
- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
 - RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
 - Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
 - Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
 - Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
 - Termo de Curatela, no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
 - Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).
- b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar a Seguradora os seguintes documentos:**

- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original);
- Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de Beneficiários estipulada em contrato;
- Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- Termo de Curatela, no caso do segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ); Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1 O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em um documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal preenchida e assinada pelo próprio segurado.

18.2 Na falta de indicação de Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge / companheiro (a) não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida legislação aplicável à herança.

19. REGIME FINANCEIRO

Considerando que o plano de Seguro em questão é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não haverá concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

21. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas a Seguradora não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

22. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão os riscos devidamente relacionados em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

23. FORO

23.1 Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do Contrato de Seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste Contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme o caso.

23.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 23.1.

24. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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

24.3 Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei vigente determinar

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL**1 OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao(s) Beneficiário(s), na ocorrência de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, conforme definido no subitem 2.1 das Condições Gerais.

2 CAPITAL SEGURADO

Será o valor máximo contratado para este seguro, e será definido nas Condições Contratuais.

3 RISCOS COBERTOS

Além dos riscos definidos no subitem 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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
- b) 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 subitem 2.1.
- c) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

- d) **acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;**
- e) **acidente vascular cerebral.**

5 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

5.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

5.1.1 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa);
- Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver);
- Certidão de óbito (cópia autenticada);
- Certidão de casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
- RG e CPF do segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia da Proposta de Adesão Individual

6 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

6.1 O Beneficiário, para recebimento do Capital Segurado Individual, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

6.2 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

6.3 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

6.4 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

7 ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte Acidental.

8 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste Seguro que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**1 OBJETIVO**

Garantir uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que contratada pelo segurado.

2 CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado poderá ser de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2 O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

2.3 O Capital Segurado relativo à Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será automaticamente reintegrado após cada acidente. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

3 RISCOS COBERTOS

Além dos riscos mencionados no item 2.1 das Condições Gerais, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- b) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

c) **intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.**

5 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1.5 No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL- DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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 - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
i. de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
ii. de 4 (quatro) centímetros	10
iii. de 3 (três) centímetros	6
iv. menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

1.6 No caso em que as funções do membro ou órgão lesado não fiquem completamente abolidas, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata deste grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente. Nos casos em que a invalidez não foi especificada no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

1.7 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do valor contratado como capital segurado individual.

1.8 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

1.9 Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

6 ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental e por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deverá ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte Acidental.

7 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

7.1 Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicado à mesma pelo Segurado ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, constando data, hora, local e causa do acidente, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1.1 A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente com reconhecimento de firma, carimbo com o CRM do médico, seu endereço e CNPJ;
- Relatórios médicos;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;

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

7.3 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

8 COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

8.1 O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar a ocorrência do acidente por meio de uma declaração médica, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.2 Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez ou incapacidade que se enquadre com o conceito coberto por esta Garantia.

8.3 O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.4 A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente, para fins de doença ou acidente.

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

8.6 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.7 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

9 JUNTA MÉDICA

9.1 No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesão bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

9.2 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.

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

10 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS**1 OBJETIVO**

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas ao Segurado Principal, efetuadas para o tratamento do mesmo, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que contratada pelo segurado.

2 CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2 Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual ao Capital Segurado obtido pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma das Apólices.

2.3 O Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada acidente, observando-se que a soma dos reembolsos em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Garantia Básica de Morte Acidental.

3 RISCOS COBERTOS

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais do Segurados.

3.1 Esta cobertura garante o reembolso, limitado ao Capital Segurado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, podendo ser contratada das seguintes formas:

- para Acidente pessoal coberto, ocorrido dentro ou fora do estabelecimento de ensino, em qualquer período do dia; ou
- em caso de Acidente pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no interior do Estabelecimento de Ensino ou em seus eventos extracurriculares.

A forma de contratação desta cobertura será acordada entre as partes, e constará da Proposta de Contratação e da Apólice.

4 RISCOS EXCLUIDOS

4.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

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

- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- i) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- k) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- l) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste contrato, para os quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- m) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- n) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- o) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protrusões discais degenerativas;
- p) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
- q) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

5 DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

6 DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1 As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, com a apresentação dos seguintes documentos:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados;
- Receita Médica;
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada).

6.2 O Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com legislação aplicável à herança.

7 REEMBOLSO

O segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do segurados, devidamente comprovado) o seu direito ao reembolso.

8 CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuado, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

9 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1 OBJETIVO

1.1 Garante a realização dos serviços de assistência funeral, ou do reembolso, ao(s) custeador(es) da(s) nota(s) original(is) das despesas efetivamente gastas com o funeral em caso de morte acidental do segurado, até o limite do capital segurado contratado, desde que contratada pelo segurado.

1.2 O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Capemisa, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

1.3 Na hipótese de o segurado ou beneficiário optar pelo reembolso é garantida a livre escolha do prestador de serviço funerário.

1.4 O reembolso das despesas com o Funeral ou a prestação de serviço será concedido:

a) no Plano Individual: Segurados principais; e

b) no Plano Familiar: Segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

2 CAPITAL SEGURADO

2.1 O Capital Segurado poderá ser de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Garantia Básica de Morte Acidental.

2.2 O percentual será definido, pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3 RISCOS EXCLUIDOS

3.1 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 das Condições Gerais, estão também excluídos os seguintes eventos:

- aquisição de jazigo;
- a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

4 OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

4.1 Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral;
- Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador;
- Comprovante de residência do Custeador;
- Comprovante bancário do Custeador,

4.1.1 Neste caso, será(ao) considerado(s) como Beneficiário(s), a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

4.2 Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
 - Se a família possui jazigo em cemitério;
 - Onde a família pretende sepultar o corpo;
 - Endereço e telefone;
 - Local onde se encontra o corpo;
 - outras informações que facilitem a execução dos serviços.
- 4.2.1** Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.
- 4.2.2** O padrão do funeral será estabelecido nas Condições Contratuais, em função do Capital Segurado contratado para essa garantia.
- 4.2.3** Não há reembolso de quaisquer despesas efetuadas, direta ou indiretamente, pelo(s) Beneficiário(s), como antecipação, extensão ou realização do serviço.
- 4.3** Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do Funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

5 DISPOSIÇÃO GERAL

- 5.1** O pagamento desta garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.
- 5.2** **Não poderão ser contratadas em conjunto as Garantias de Reembolso de Despesas com Funeral, Assistência Funeral e Auxílio Funeral.**

6 RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos destas Condições Gerais da Apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e que lhe sejam pertinentes.