centauro-on.com.br

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO ESCOLAR

CENTAURO·ON

Seguros para viver

CENTAURO & OHIO NATIONAL COMPANY

ÍNDICE

1) DEFINIÇÕES	5
2) CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	8
3) OBJETIVO DO SEGURO	8
4) GARANTIAS DO SEGURO	8
5) RISCOS EXCLUÍDOS	15
6) CARÊNCIAS E FRANQUIAS	16
7) ACEITAÇÃO DO SEGURO	16
8) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	17
9) CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	18
10) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	18
11) CUSTEIO DO SEGURO	18
12) PAGAMENTO DE PRÊMIO	18
13) DO PRAZO DE TOLERÂNCIA	19
14) CANCELAMENTO DO SEGURO	19
15) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	19
16) DATA DO EVENTO	20
17) PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	20
18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
19) DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	21
20) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	22
21) BENEFICIÁRIOS	23
22) REGIME FINANCEIRO	23
23) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	23
24) EXCEDENTE TÉCNICO	24
25) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL	25
26) PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS	25
27) FORO	25
28) INFORMAÇÕES GERAIS	25
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA	26

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do Seguro AP Escolar Centauro-ON, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.
Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas que se encontram nestas Condições Gerais.

1 - DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como conseqüência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

- suicídio, ou sua tentativa, observado o que dispõe a cláusula 5 – Riscos Excluídos - item 5.1,"f";
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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;
- as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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: Lesão por Esforço Repetitivo – 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 suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- as situações conhecidas 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, conforme definido neste item.
- o choque anafilático e suas conseqüências.
- acidente vascular cerebral (AVC) que configura uma doença e portanto não caracteriza acidente pessoal.

Apólice: Documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante nos planos coletivos.

Capital Segurado: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário

em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

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

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

Certificado Individual: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

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

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

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

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.

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

Excedente técnico: Saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

Franquia: Período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Glossário: Dicionário de termos técnicos e científicos.

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

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

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

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do segurado.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
Período de cobertura: Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
Prescrição: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.
Proponente: É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
Proposta de adesão: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
Proposta de Contratação: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de Contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
Provisão Matemática dos Benefícios Concedidos: Valor atual dos compromissos da seguradora para com segurado ou beneficiários, durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.
Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.
Riscos Excluídos: Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
Segurado: O proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no seguro.
Segurado Principal: É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.
Segurados Dependentes: São o cônjuge ou companheira, os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.
Seguradora: É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a CENTAURO-ON.
Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.
SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos

seguros privados.
Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.
Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias do seguro.

2 - CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

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

2.1 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.2 Condições Especiais

Especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano.

2.3 Condições Gerais:

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Segurado, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.4 Contrato:

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

3 - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais e limites de capital previstos no Contrato e de acordo com a presente Condição Geral.

Para fins deste seguro, Segurado será sempre o aluno/estudante, o professor ou o funcionário vinculado à Instituição de Ensino, efetivamente incluído no seguro.

4 - GARANTIAS DO SEGURO

O seguro Escolar oferece a garantia básica de Morte Acidental, a garantia opcional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e a garantia adicional de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente. As coberturas poderão ser contratadas em conformidade com as opções de planos oferecidas por esta sociedade seguradora.

4.1 COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MAC)

4.1.1 Tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a morte do segurado, por causas

acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens da presente Condição Geral.

4.1.2 Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4.1.3 O âmbito geográfico para esta cobertura será em todo o globo terrestre.

4.2 COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

4.2.1 Tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

4.2.2 Esta cobertura não destina-se para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, observado que para estes é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

4.2.3 Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE PERCENTUAIS DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100%
	Perda total do uso de ambas as mãos	100%
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100%
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100%
	Perda total do uso de ambos os pés	100%
	Alienação mental total e incurável	100%
	Nefrectomia bilateral	100%
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30%
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70%
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40%

PARCIAL DIVERSAS	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
	Mudez incurável	50%
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20%
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20%
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25%

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70%
	Perda total do uso de uma das mãos	60%
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio -ulnares	30%
	Anquilose total de um dos ombros	25%
	Anquilose total de um dos cotovelos	25%
	Anquilose total de um dos punhos	20%
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25%
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18%
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9%
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15%
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12%
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9%
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70%
	Perda total do uso de um dos pés	50%
	Fratura não consolidada de um fêmur	50%
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25%
	Fratura não consolidada da rótula	20%
	Fratura não consolidada de um pé	20%
	Anquilose total de um dos joelhos	20%
	Anquilose total de um dos tornozelos	20%
	Anquilose total de um quadril	20%
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25%
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10%

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação de qualquer outro dedo	3%
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	De 5 (cindo) centímetros ou mais	15%
	De 4 (quatro) centímetros	10%
	De 3 (três) centímetros	6%
	Menos de 3 (três) centímetros: sem Indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
DIVERSOS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	5%
	Em grau médio	105
	Em grau máximo	20%
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25%
	Perda total do olfato 10	7%
	Perda do olfato com alterações gustativas	10%
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15%
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	7%
	Unilateral com fístulas	15%
	Bilateral	14%
	Bilateral com fístulas	25%
	Lesões da pálpebra	
	Ectrópio unilateral	3%
	Ectrópio bilateral	6%
	Entrópio unilateral	7%
	Entrópio bilateral	14%
	Má oclusão palpebral unilateral	3%
	Má oclusão palpebral bilateral	6%
	Ptose palpebral unilateral	5%
	Ptose palpebral bilateral	10%

DIVERSOS	**APARELHO DA FONAÇÃO**	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50%
	Perda de substância (palato mole e duro)	15%
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	8%
	Amputação total das duas orelhas	16%
	PERDA DO BAÇO	**15%**
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15%
	Cistostomia (definitiva)	30%
	Incontinência urinária permanente	30%
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	com função renal preservada	30%
	Redução da função renal (não dialítica)	50%
	Redução da função renal (dialítica)	75%
	Perda de rim único	75%
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	5%
	Perda de dois testículos	15%
	Amputação traumática do pênis	40%
	Perda de um ovário	5%
	Perda de dois ovários	15%
	Perda do útero antes da menopausa	30%
	Perda do útero depois da menopausa	10%
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15%
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15%
	Traqueostomia definitiva	40%
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10%
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	com função respiratória preservada	15%
	com redução em grau mínimo da função respiratória	25%
	com redução em grau médio da função respiratória	50%
	com insuficiência respiratória	75%
	MAMAS (FEMININAS)	

DIVERSOS	Mastectomia unilateral	10%
	Mastectomia bilateral	20%
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20%
	Gastrectomia total	40%
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20%
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40%
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20%
	Colectomia total	40%
	Colostomia definitiva	40%
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30%
	Incontinência fecal com prolapso	50%
	Retenção anal	10%
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10%
	Lobectomia com insuficiência hepática	50%
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20%
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20%
	Síndrome pós-concussional	5%

4.2.4 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinqüenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.2.5 Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

4.2.6 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, observado o limite de 100% (cem por cento) da garantia. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

4.2.8 As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em conseqüência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

4.2.9 O âmbito geográfico para esta cobertura será em todo o globo terrestre.

4.3 COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

4.3.1 Tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e ocorridos durante a vigência do seguro.

4.3.2 O segurado poderá escolher os prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que estes sejam legalmente habilitados. A seguradora poderá estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado, desde que preservada a sua livre escolha.

4.3.3 – Limites de utilização para Cobertura de DMHO

a) Despesas médicas e/ou hospitalar até o limite de 04 vezes a Tabela da AMB/92 (valor normalmente pago para atendimento particular), com valor do CH 0,2940, quando este tratamento for iniciado no máximo até 30 (trinta) dias contados da data do evento gerador.

b) Despesas odontológicas até o limite de 04 vezes a Tabela da VRPO/PR- Valores Referenciais para Procedimentos Odontológicos – Estado do Paraná da Associação Brasileira de Odontologia – ABO/PR, quando este tratamento for iniciado no máximo até 30 (trinta) dias contados da data do evento gerador.

c) Em caso de necessidade de tratamento Fisioterápico este deve ser requisitado pelo próprio médico que prestou o atendimento clínico até o limite de 20 sessões por evento coberto.

d) Em caso de existência de exames de imagem (radiografias, tomografias, ressonâncias magnéticas), os laudos dos mesmos devem acompanhar os documentos para reembolso.

e) Em caso de necessidade de material de síntese (materiais cirúrgicos), este deverá ser requisitado pelo médico e será usada a tabela/revista do SIMPRO.

4.3.4 O âmbito geográfico para esta cobertura será definida em contrato podendo ser:

4.3.4.1 – 24 horas

4.3.4.2 – Limitado conforme abaixo:

a) Nas dependências da Instituição de Ensino;

b) Nos eventos promovidos pela Instituição de Ensino e sob a coordenação desta;

c) No trajeto residência-escola-residência, dentro dos 30 minutos anteriores e posteriores ao horário de início e final do período escolar diário.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em conseqüência:

a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) De doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão-proposta;

d) Intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);

e) Epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;

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

g) De atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica.

5.2 Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

Os acidentes ocorridos em conseqüência:

a) de competições em veículos ou rixas, salvo se tratar de mera utilização de meio de transporte mais arriscado ou prática de esportes;

b) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto utilização de meios de transportes mais arriscados e prática de esportes, e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem,

d) Qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

e.)Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não conseqüente de acidente;

f) O parto ou aborto e suas conseqüências;

g) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal;

h) O choque anafilático e suas conseqüências;
i) Tratamento e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivo ao acidente;
j) Mutilação voluntária ou premeditada;
k) Perda de dentes e os danos estéticos.

5.3 Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente:

a) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
b) Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo que por indicação médica;
c.)Tratamento clínico ou cirúrgico com finalidade restauradora que sejam decorrentes de acidente pessoal coberto e ocorrido durante a vigência individual deste seguro;
d) Enfermagem em caráter particular, seja em regime domiciliar ou hospitalar, mesmo que as condições do paciente exijam cuidados especiais e/ou extraordinários;
e) Tratamento clínico ou cirúrgico não ético ou ilegal, bem como tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
f) Aparelhos ortodônticos;
g) Implante, enxerto, pinos, aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais. No caso de perda de dentes naturais estão cobertas apenas as próteses, não incluídos enxertos e outros tratamentos relacionados.

5.4 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

6 - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Não está prevista carência e franquia para este seguro.

7 - ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete. 7.2 A seguradora disporá de 15 (quinze dias) para análise e aceitação do risco. A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, neste prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
7.3 A seguradora uma única vez, poderá solicitar documentos complementares, para análise e aceitação do risco durante o prazo estabelecido acima. Neste caso,

o prazo de 15 dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der o protocolo de entrega da documentação no estabelecimento da seguradora.
7.4 Em caso de recusa da proposta, esta será comunicada ao proponente por resposta escrita e, fundamentada, e valerá como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data da expedição da comunicação.
7.5 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante. O valor é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do IPCA do IGBE entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição, estando ainda sujeito à aplicação de juros de mora à base de 1% (um por cento) ao mês, caso a devolução não seja efetivada em até 10 (dez) dias da data da formalização da recusa.

8 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 A vigência do seguro será por prazo determinado de 12 (doze) meses podendo, entretanto, ser determinado períodos diferentes no Contrato, **tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos.** Nos seguros plurianuais a vigência máxima será de 5 (cinco) anos.
8.2 A apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, **mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias do término da vigência comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.**
8.3 No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitando o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.
8.4 Outras renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pela Seguradora e o Estipulante e desde que não acarretem em ônus ou dever adicional para os segurados, ou redução de seus direitos. Caso se verifique uma destas situações, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.
8.5 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.
8.6 Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.

9 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

9.1 O capital segurado individual é a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

9.2 Os capitais segurados das garantias contratadas serão determinados no Contrato do Seguro, respeitando as seguintes opções:

- Capital Uniforme: O capital individual será único para todos os segurados;
- Capital Escalonado: O capital individual será escalonado observado os limites mínimos e máximos estabelecidos no Contrato do Seguro.

10 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS E PRÊMIOS

Não está prevista atualização monetária para este seguro salvo de houver solicitação formal da Instituição de Ensino. Desta forma, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário do seguro, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA / IBGE ou outro índice que vier a substituí-lo. O índice o IPCA/IBGE aplicado, será o acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.

11 - CUSTEIO DO SEGURO

11.1 O custeio do seguro poderá ser:

- Contributário: custeado integralmente pelos segurados da apólice;
- Parcialmente Contributário: custeado parcialmente pelos segurados da apólice;
- Não contributário: em que os segurados não custeiam o prêmio.

12 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

12.1 O prêmio do seguro deverá ser pago durante o período de vigência da apólice, de forma antecipada ou postecipada em relação ao risco, sendo a periodicidade e forma da cobrança definidos no Contrato do Seguro.

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

12.3 A seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice.

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

12.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o

recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.
12.6 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio mensal, que deve ser realizado até a data estabelecida no Contrato. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subseqüente, sem que haja suspensão das garantias.
12.7 Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro, devendo ainda haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

13 - DO PRAZO DE TOLERÂNCIA

13.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será adotado prazo de tolerância de 90 dias.
13.2 A contagem do prazo terá início a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança. Se ao final deste prazo persistir o caráter de inadimplência, a apólice ou certificado individual serão cancelados.
13.3 Durante o prazo de tolerância haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido.
13.4 O não pagamento das faturas pelo Segurado à Seguradora até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 0,1% ao dia sobre o valor da fatura, não sendo prevista atualização monetária.

14 - CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1 Se, decorrido o prazo de tolerância e não houver o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos e sendo devidas as parcelas não quitadas no período coberto.
14.2 O seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e no caso de seguro coletivo deverá haver anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo ¾ do grupo segurado.
14.3 No caso de rescisão contratual, por iniciativa de qualquer uma das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

15 - CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

15.1 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente, ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
15.2 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 obterem ou para majorarem a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de

qualquer responsabilidade.
15.3 Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no parágrafo acima aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.
15.4 A cobertura do Segurado cessa, ainda:
- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- por Morte Acidental;
- por indenização de Invalidez Permanente Total por Acidente;

16 - DATA DO EVENTO

Será considerada como data do evento, a data do acidente.

17 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

A indenização será paga sob a forma de pagamento único.

18 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.
18.2 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus Beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nas Condições Especiais do Seguro.
18.3 Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.
18.4 O prazo máximo para liquidação do sinistro é de 30 (trinta) dias **a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no item 19 destas Condições Gerais.**
18.5 É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.
18.6 A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Segurado ou Beneficiários, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias corridos para liquidação do sinistro. Havendo falta ou deficiência na documentação, o prazo de 30 dias será interrompido até que a exigência seja sanada. Se a Seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado desde a data do aviso do sinistro até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data do aviso do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado.

18.7 O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
18.8 Nos casos de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
18.9 A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. 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.
18.10 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo 15 (quinze) dias a contar da indicação do membro nomeado pelo segurado.
18.11 As providencias que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstancias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.
18.12 O direito do seguro e/ou beneficiário em pleitear indenização junto a seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do código civil.

19 - DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

19.1 Em caso de **Morte Acidental:**
a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico assistente;
b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino;
e) Laudo cadavérico / IML;
f) Certidão de rol de herdeiros quando não houver indicação do Segurado;
g) Documentos dos Beneficiários:
- cônjuge: cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento;
- filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
- pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.
h) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
i) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
j) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
k) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
19.2 Em caso **de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**
a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado

e pelo médico assistente;
b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de endereço do Segurado;
d) Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino;
e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; e
g) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.
h) Cópia autenticada da Comunicação do Acidente de Trabalho (CAT), se houver.
19.3 Em caso de **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente:**
a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
b) Comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente;
c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) Cópia atual do comprovante de endereço do segurado;
e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
f) Cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, se houver; e
g) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
h) Requisições e os Laudos dos exames realizados;
i) Comprovação de vínculo com a Instituição de Ensino;
Em caso de segurado menor:
k) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Beneficiário; e
L) Cópia atual do comprovante de endereço do beneficiário.

20 - PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 O segurado perderá o direito a qualquer indenização quando:
- Se agravar intencionalmente o risco;
- Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores gerais e seus representantes legais, procurarem obter benefícios do Contrato de Seguro;
- 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;
- Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:
I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringindo a cobertura contratada.
II) na hipótese de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao decorrido; ou
b) mediante acordo entre as partes, dar continuidade ao seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
III) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:
a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.
O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

21 - BENEFICIÁRIOS

21.1 Para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente será beneficiário àquele que comprovar através de Notas Fiscais e Recibos as despesas decorrentes do acidente coberto, independente do grau de parentesco com o segurado titular sinistrado.
21.2 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio segurado desde que possua idade superior a quatorze anos. Para menores de quatorze anos não é permitida indenização.
21.3 Para cobertura de Morte Acidental, se menor de quatorze anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas havidas com funeral e, se maior de quatorze anos, na ausência de indicação, os beneficiários serão os definidos conforme Código Civil Brasileiro, artigos 792 e 793.

22 - REGIME FINANCEIRO

Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

23 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante:
a) Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;
b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam,

no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando for de sua responsabilidade;
e) Repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos referentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
g) Discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros;
j) Comunicar a Seguradora sempre que pessoas politicamente expostas ingressarem no contrato e indicá-las, bem como comunicar se o segurado tornar-se uma pessoa politicamente exposta.

24 - EXCEDENTE TÉCNICO

Desde que prevista no Contrato de seguro, a presente cláusula estabelece as condições de distribuição de resultados técnico da apólice ao Estipulante e/ou segurados do grupo.
Para efeito de apuração de resultados técnicos, consideram-se:
1º - Consideram-se como **receitas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
a) Prêmios líquidos de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
2º - Consideram-se como **despesas** para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
a) comissões de corretagem pagas durante o período;
b) comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
c) comissões de agenciamento pagas durante o período;
d) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
f) despesas efetivas de administração da seguradora, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo;
g) provisões de Sinistros Ocorridos e não Avisados – IBNR;
h) PIS / COFINS;
i) despesas com regulação de sinistros;
j) valor do excedente técnico pago em exercício anterior.

3º - As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde:
a) o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
b) o aviso à seguradora para os sinistros;
c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores
d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.
A apuração do resultado técnico será realizada após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação e será atualizado monetariamente desde o término da vigência da apólice até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, conforme convencionado, não cabendo qualquer adiantamento neste período.
Nos seguros parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.

25 - RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

25.1 O presente seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.
25.2 As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.
25.3 Qualquer modificação na apólice, que implique em ônus, dever para os segurados ou a redução de seus direitos, também dependerá de anuência expressa dos segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26 - PREVALÊNCIA DE CLÁUSULAS

Prevalecem sobre as cláusulas destas Condições Gerais, as previstas de comum acordo entre a seguradora e Estipulante constantes no Contrato do Seguro.

27 - FORO

27.1 Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou Beneficiário para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.
27.2 Na hipótese de existência de relação de hiposuficiência entre as partes será valida a eleição de foro diverso.

28 - INFORMAÇÕES GERAIS

28.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
28.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; e
28.3 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.

SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

Em caso de acidente coberto, ocorrido no âmbito geográfico contratado para cobertura de Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas, haverá a prestação das seguintes assistências, que deverão ser obrigatoriamente acionadas através da Central de Atendimento 0800, não havendo reembolso de despesas incorridas por serviços providenciados por conta própria.
Para a prestação deste serviço, a Centauro-ON mantém acordo de prestação de serviços junto a empresas especializadas.

1. REMOÇÃO INTER-HOSPITALAR - sem franquia

Na ocorrência de acidente coberto com o SEGURADO, de acordo com a natureza e gravidade das lesões ou sintomas e após ter sido prestado o atendimento emergencial, será providenciada a transferência do SEGURADO para um Centro Hospitalar mais adequado ao seu atendimento, a critério do médico responsável no local da internação e do médico afiliado ao convênio da ASSISTÊNCIA 24 HORAS, podendo ser feita por ambulância, avião comercial ou avião UTI. Quando o SEGURADO se encontrar a uma distância superior a 1.000 km (um mil quilômetros) de seu local de domicílio, a remoção só será efetuada em avião de linha regular.
Limite de Despesas: R$ 3.000,00 (três mil reais).
A ASSISTÊNCIA 24 HORAS não garante a internação (vagas em hospital de interesse), ficando a busca ou reserva da mesma por conta exclusiva do SEGURADO e/ou do médico que atende no local e/ou acompanhantes ou familiares, ficando esclarecido que responsabilidade da ASSISTÊNCIA 24 HORAS limita-se à remoção do SEGURADO.

2. MONITORAÇÃO MÉDICA - sem franquia

Se durante o processo de Remoção Médica Inter-Hospitalar e durante a monitoração telefônica do estado de saúde do SEGURADO, surgir alguma dúvida, por parte da equipe médica da ASSISTÊNCIA 24 HORAS, sobre os cuidados dispensados ao mesmo, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS poderá deslocar um profissional de sua equipe médica para o acompanhamento do processo de remoção. Os custos deste serviço estão inclusos no limite do serviço de Remoção Inter-Hospitalar.

3. INDICAÇÃO MÉDICA - sem franquia

Se, em conseqüência de acidente coberto, o SEGURADO necessitar de assistência médica, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS prestará informações sobre médicos, hospitais e clínicas que o possam atender. Este serviço é disponibilizado 24 (vinte e quatro) horas do dia, durante o ano inteiro. A ASSISTÊNCIA 24 HORAS não será responsável e não indenizará o SEGURADO por qualquer dano, prejuízo, lesão ou doença, causados pelo fato de encaminhar ao SEGURADO, à sua solicitação, pessoas ou

profissionais, bem como hospitais e clínicas para assistência médica. A ASSISTÊNCIA 24 HORAS indica apenas serviços quando solicitados, e sem ônus, nas circunstâncias previstas acima.

4. TRANSPORTE PARA FREQÜÊNCIA ÀS AULAS - sem franquia (ensino fundamental em diante)

No caso de impossibilidade de locomoção do SEGURADO, decorrente de acidente coberto, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS providenciará o transporte do SEGURADO, desde sua residência até o estabelecimento de ensino, para freqüência às aulas e seu retorno. Limite de Despesas: R$33,00 (trinta e três reais) por dia, por um período máximo de 30 (trinta) dias, por evento.

5. TRANSPORTE PARA TRATAMENTO FISIOTERÁPICO - sem franquia

A ASSISTÊNCIA 24 HORAS providenciará o transporte do SEGURADO, no caso de impossibilidade de locomoção deste, para tratamento em centros de fisioterapia, em caso de acidente coberto. Limite de Despesas: R$33,00 (trinta e três reais) por dia por um período máximo de 30 (trinta) dias, por evento.

6. AULAS DOMICILIARES - sem franquia (ensino fundamental em diante)

Se, em conseqüência de acidente coberto, o SEGURADO permanecer, no mínimo, 5 (cinco) dias afastado das atividades curriculares, desde que sob prescrição médica, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS providenciará o envio de professor habilitado à residência do SEGURADO para possibilitar o acompanhamento das atividades escolares. Limite de Despesas: R$18,00 (dezoito reais) por hora, máximo de 2 (duas) horas aula/dia e valor máximo de R$1.500,00 (um mil e quinhentos reais), por evento.

7. TRANSPORTE E ENVIO DE FAMILIAR - com franquia de 100 km

Se o SEGURADO estiver viajando sozinho e sofrer acidente pessoal coberto e tiver que permanecer hospitalizado por um período superior a 5 (cinco) dias no Brasil ou no exterior, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS colocará à disposição de um parente ou de uma pessoa indicada, residente no Brasil, um bilhete aéreo de linha comercial, classe econômica, de ida e volta, para que esta possa visitá-lo. Limite de Despesas: R$ 1.200,00 (um mil e duzentos reais).

8. HOSPEDAGEM PARA FAMILIAR - com franquia de 100 km

Se o SEGURADO sofrer acidente pessoal coberto e tiver que permanecer hospitalizado por mais de 5 (cinco) dias no Brasil ou exterior, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS assumirá os gastos com a hospedagem da pessoa que se beneficiar da cobertura prevista no item anterior. Excluídas as despesas relativas a refeições, frigobar, lavanderia, telefone, fax, etc. Limite de despesas: R$ 200,00 (duzentos reais), por até 5 (cinco) dias, no exterior. R$ 150,00 (cento e cinqüenta reais), por até 5 (cinco) dias, no Brasil.

9. PROLONGAMENTO DE ESTADIA - com franquia de 100 km

Se o SEGURADO sofrer acidente pessoal coberto a ASSISTÊNCIA 24 HORAS arcará

com as despesas necessárias ao prolongamento de estadia em hotel, imediatamente após a alta hospitalar, se esta permanência tiver sido prescrita pelo médico local ou pela equipe médica indicada pela ASSISTÊNCIA 24 HORAS. Estão excluídas da garantia quaisquer despesas que não integrem a diária e despesas relativas a refeições, frigobar, lavanderia, telefone, fax, etc. Limite de despesas: R$ 200,00 (duzentos reais), por até 5 (cinco) dias, no exterior. R$ 150,00 (cento e cinqüenta reais), por até 5 (cinco) dias, no Brasil.

10 RETORNO DO PACIENTE APÓS ALTA HOSPITALAR - com franquia de 100 km

Se, após a alta hospitalar, o SEGURADO não estiver em condições de retornar à sua residência permanente como passageiro regular, a critério do médico responsável pela internação e pelos médicos
da ASSISTÊNCIA 24 HORAS, esta organizará o retorno do SEGURADO pelo meio de transporte mais adequado às suas condições clínicas. Quando o SEGURADO possuir passagem de transporte aéreo com data ou limitação de regresso e, em razão de lesão decorrente do acidente pessoal - acompanhado pela equipe médica indicada pela ASSISTÊNCIA 24 HORAS - tiver obrigado a retardar seu regresso programado, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS assumirá a diferença de tarifa para o regresso do SEGURADO. Limite de despesas: R$ 2.000,00 (dois mil reais). O retorno deverá ser feito mediante indicação da Equipe Médica local ou por solicitação do SEGURADO, desde que clinicamente justificável. Caso ocorram divergências entre os pareceres, o médico da ASSISTÊNCIA 24 HORAS estará apto a dirimi-las. Nesse sentido, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS se sub-rogará nos direitos do SEGURADO de negociar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, a(s) passagem(s) do SEGURADO. Portanto, a passagem original do SEGURADO, passará a ser da ASSISTÊNCIA 24 HORAS devendo o SEGURADO enviá-la, assim que retornar ao Município de domicílio, juntamente com o Termo de Sub-rogação assinado. Fica desde já estabelecido que avião UTI (Unidade de Terapia Intensiva) não será utilizado em viagem intercontinental, porém quando necessário, o avião comercial poderá ser adaptado como tal, desde que o quadro clínico do SEGURADO encontre-se estabilizado, e após comum acordo entre a Unidade de Terapia Intensiva de origem e o Departamento Médico da ASSISTÊNCIA 24 HORAS.

11 RETORNO DE PAIS OU RESPONSÁVEIS - com franquia de 100 km

Nos casos em que o SEGURADO sofrer acidente pessoal coberto e seus pais ou responsáveis se encontrarem em viagem, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS colocará à disposição o meio de transporte mais adequado para que um deles possa retornar ao local onde se encontre o SEGURADO. Limite de despesas: Passagem aérea, somente ida, classe econômica, até o limite máximo de R$ 2.000,00 (dois mil reais).
A ASSISTÊNCIA 24 HORAS se sub-rogará nos direitos dos familiares do SEGURADO de negociar junto às Companhias Aéreas, agentes e operadores turísticos, a(s) passagem(s) destes. Portanto, as passagens originais dos familiares, passarão a ser da ASSISTÊNCIA 24 HORAS, devendo os familiares enviá-las, assim que retornarem ao Município de domicílio, juntamente com o respectivo Termo de Sub-rogação fornecido

pela companhia aérea, devidamente assinado.

12 TRASLADO DE CORPOS - com franquia de 100 km

Na eventualidade de falecimento do SEGURADO decorrente de acidente coberto, a ASSISTÊNCIA 24 HORAS custeará e cuidará das formalidades necessárias ao retorno do corpo, inclusive do transporte dos restos mortais para o município de residência permanente no Brasil. Limite de despesas: R$3.000,00 (três mil reais). Os serviços serão prestados a partir do momento em que o corpo do "falecido" se encontrar liberado pelas autoridades policiais e que não exista nenhum obstáculo físico, material, policial ou judicial que impeça a sua remoção do local do ACIDENTE. Estão excluídas as despesas relativas ao funeral e sepultamento. Não serão de responsabilidade da ASSISTÊNCIA 24 HORAS as despesas com o funeral.

13 REGRESSO ANTECIPADO EM CASO DE FALECIMENTO DE PARENTES - com franquia de 100 km

A ASSISTÊNCIA 24 HORAS organizará e assumirá as despesas adicionais resultantes da volta antecipada do SEGURADO ao seu local de domicílio, em virtude de falecimento de parente de 1º (primeiro) grau, estando sob responsabilidade da escola em excursões, cursos, competições ou estágios. Será providenciado o retorno do SEGURADO em companhia aérea comercial, caso não seja possível utilizar o bilhete original emitido com prazo determinado. Para os fins desta cláusula são considerados parentes de 1º (primeiro) grau: os pais, irmãos, filhos e cônjuge do SEGURADO. Limite de despesas: passagem aérea, de ida, na classe econômica, até o limite máximo de R$ 2.000,00 (dois mil reais).

14 TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES – sem franquia

Acionada a ASSISTÊNCIA 24 HORAS, esta avisará os parentes ou médico particular do SEGURADO sobre o seu estado de saúde e localização, procurando transmitir segurança e tranqüilidade, assim como contatar seu convênio de saúde e direcionar todos os esforços para a pronta resolução dos problemas.

O QUE NÃO ESTÁ COBERTO NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA:

a) Não haverá qualquer cobertura para acidentes não avisados até 30 dias da ocorrência.

b) Nenhum serviço providenciado sem conhecimento da assistência dará direito ao reembolso

c) Não serão cobertos estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

d) Aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

e) Não serão cobertas hospitalizações para check-up;

f) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por evento coberto pelo seguro;

g) Materiais Ortopédicos Importados;

h) Medicamentos, exceção daqueles do primeiro atendimento ou usados em ambiente hospitalar;
i) O segurado deverá assinar a cada sessão de fisioterapia feita;
j) A interrupção do tratamento fisioterápico por exclusiva decisão do segurado constitui ato de exclusão, não permitindo novas sessões para o mesmo problema.

Central de atendimento do Serviço de Assistência Escolar:
0800 770 08 36 para ligações nacionais
55 11 4126 7427 para ligações internacionais (a cobrar)

MATRIZ - CURITIBA
Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP 80.060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080 - Fax: (41) 3232-2773

FILIAL MARINGÁ/PR
Rua Néo Alves Martins, 3120, sala 91 - Centro
CEP 87013-060 - Maringá/PR
Tel.: (44) 3029-4472 - Fax: (44) 3029-9695

FILIAL BLUMENAU/SC
Rua Floriano Peixoto, 275, sala 61 - Centro
CEP 89.010-500 - Blumenau/SC
Tel.: (47) 3035-4170

FILIAL PORTO ALEGRE/RS
Avenida Julio de Castilhos, 132, sala 402
CEP 90.030-130 - Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3023-5108 - Fax: (51) 3029-0768

FILIAL CASCAVEL/PR
Avenida Brasil,6459, sala 32 - Centro
CEP 85.812-003 - Cascavel/PR
Tel.: (45) 3035-1552

FILIAL RIO DE JANEIRO/RJ
Av. Treze de Maio, 41, 4º andar, salas 401 a 402 - Centro
CEP 20031-007 - Rio de Janeiro/RJ
Tel.: (21) 2240-0401 - Fax:(21) 2220-1402

FILIAL GOIÂNIA/GO
Rua 3 nº 800, Quadra C-06, Lts 73/75, Sala 101
Edif. Office Tower Gilberto A. Sebba - Setor Oeste
CEP 74.115-050 - Goiânia/GO
Tel.: (62) 3215-8781

FILIAL SÃO PAULO/SP
Rua Conselheiro Crispiniano, 53, 3º andar - Centro
CEP 01037-001 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3237-2142

CENTAURO·ON
Seguros para viver

CENTAURO & OHIO NATIONAL COMPANY

centauro-on.com.br