

Condições Gerais

Seguro Educacional

Seja bem-vindo à Vida Seguradora. Uma companhia acessível, flexível e transparente.

Com esta Apólice, você está adquirindo o benefício do pagamento de um determinado valor, no caso da morte, invalidez permanente, invalidez temporária e perda involuntária de emprego da pessoa responsável pelo custeio das mensalidades escolares do educando, desde que estipulado na Apólice e Condições Contratuais.

- 1. DEFINIÇÕES**
- 2. OBJETIVO**
- 3. GARANTIAS DO SEGURO**
- 4. RISCOS EXCLUÍDOS**
- 5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA**
- 6. CARÊNCIAS**
- 7. ACEITAÇÃO DO SEGURO**
- 8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL**
- 9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**
- 10. CAPITAL SEGURADO**
- 11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO**
- 12. PRÊMIO**
- 13. CANCELAMENTO DO SEGURO**
- 14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**
- 15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**
- 16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO**
- 17. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- 18. BENEFICIÁRIO**
- 19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**
- 20. DISPOSIÇÕES GERAIS**
- 21. FORO**
- 22. ANEXO I - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO SEGURADO**
- 23. ANEXO II - GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA DO SEGURADO**
- 24. ANEXO III - DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DO SEGURADO**
- 25. ANEXO IV - PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO DO SEGURADO**

1 DEFINIÇÕES

1.1 Acidente Pessoal:

O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que :

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, ao 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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 desse 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 conseqüentes 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 conseqüências 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 1.1 desta cláusula;

1.2 Aluno:

É o educando em favor do qual o Seguro é contratado.

1.3 Apólice:

É o documento emitido e assinado pela Vida Seguradora que comprova a relação contratual com o Estipulante e formaliza a aceitação do risco.

1.4 Atividade Laborativa Principal:

Atividade Laborativa Principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas Condições Contratuais.

1.5 Beneficiário :

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, em caso de ocorrência do evento coberto

contratado.

1.6. Capital Segurado:

É a importância máxima que a Vida Seguradora paga ou reembolsa ao Beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

1.7 Carência :

É o período, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não tem direito as Garantias contratadas.

1.8 Carregamento:

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

1.9 Certificado Individual :

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Vida Seguradora, formalizando a aceitação do Proponente, a renovação do Seguro ou a alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

1.10 Ciclo Escolar :

É o período referente aos anos letivos cursados pelo Aluno, correspondente a :

- a) Primeiro Ciclo: Ensino fundamental 1ª fase (da 1ª a 4ª série)
- b) Segundo Ciclo: Ensino fundamental 2ª fase (da 5ª a 8ª série)
- c) Terceiro Ciclo: Ensino médio (2º grau)
- d) Quarto Ciclo: Ensino superior [até 5 (cinco) anos]
- e) Ciclo Complementar: Pré-escola e alfabetização (até 6 anos): **só poderá ser contratado junto com um dos ciclos anteriores.**

1.11 Condições Contratuais:

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de contratação, das condições gerais, condições particulares, das condições especiais, da Apólice, do contrato, da Proposta de adesão e do certificado individual.

1.12 Condições Gerais :

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Vida Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.

1.13 Condições Especiais:

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo Seguro.

1.14 Condições Particulares:

Conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização de um determinado plano de Seguro, e que por serem mais específicas prevalecem sobre as Condições Gerais e sobre as Condições Especiais.

1.15 Contrato:

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante ou Subestipulante e a Vida Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do Seguro, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante ou Subestipulante, da Vida Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.

1.16 Consignante:

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Vida Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

1.17 Doenças ou Lesões Preexistentes :

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de Seguro.

1.18 Estipulante ou Subestipulante :

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.

1.19 Evento Coberto :

É o acontecimento futuro, possível, lícito e incerto, de natureza involuntária e imprevisível, desde que ocorrido durante a validade da Apólice e que não esteja excluído pelas Condições Contratuais deste Seguro, em virtude do qual o Beneficiário pode receber o Capital Segurado previsto nas garantias contratadas.

1.20 Fator de Cálculo:

Resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital Segurado pagável sob a forma de renda.

1.21 Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica :

É o documento pelo qual o Beneficiário solicita a Indenização à Vida Seguradora.

1.22 Franquia:

É o período, contado da data da ocorrência do evento, pelo qual o Responsável fica Segurador de si mesmo, não cabendo pagamento do benefício referente às Garantias contratadas.

1.23 Garantias :

São as obrigações que a Vida Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.24 Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na Apólice coletiva.

1.25 Grupo Segurado:

É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

1.26 Indenização :

Valor, limitado ao Capital Segurado contratado, que a Vida Seguradora deverá pagar ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.27 Início de Vigência :

É a data a partir da qual as garantias contratadas serão cobertas pela Vida Seguradora.

1.28 Médico :

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. 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.

1.29 Nota Técnica Atuarial :

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.30 Prêmio:

Valor que o Segurado e/ou Estipulante ou Subestipulante paga(m) à Vida Seguradora para que esta assumam a responsabilidade pelas garantias contratadas.

1.31 Proponente:

É o componente do Grupo Segurável, que propõe sua adesão à Apólice e que somente passará à condição de Segurado, caso seja aceito pela Vida Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.32 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.

1.33 Proposta de Adesão:

É o documento com a 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.

1.34 Provisão Matemática de Benefícios Concedidos:

Valor atual dos compromissos da Vida Seguradora para com o Beneficiário durante o período de pagamento do Capital Segurado em forma de renda.

1.35 Renda:

Série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s) de acordo com a estrutura do plano e com as condições contratuais.

1.36 Riscos Excluídos:

Eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo plano, ou seja, isentam a Vida Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

1.37 Segurado:

O Proponente, pessoa física, sobre o qual se procede a avaliação do risco e que é efetivamente aceito pela Vida Seguradora e incluído no Seguro, sendo obrigatoriamente, o responsável pelo custeio das mensalidades escolares do educando.

O Educando poderá ser considerado o Segurado, quando ele próprio custear suas despesas educacionais.

1.38 Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo legal comprovado com o Estipulante ou com o Subestipulante.

1.39 Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

1.40 Vida Seguradora:

É a Vida Seguradora S A, Seguradora devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais do Seguro contratado.

1.41 Vigência da Apólice:

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

1.42 Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste Seguro.

2 OBJETIVO

O Seguro Educacional visa auxiliar o custeio das despesas com educação do(s) Beneficiário(s), em razão da ocorrência dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais e observadas as regras aqui contidas.**

PARÁGRAFO ÚNICO : DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE

QUAISQUER VALORES DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE CAPITAL SEGURADO NO PERÍODO.

3 GARANTIAS DO SEGURO

3.1 Poderão ser contratadas as seguintes garantias:

Morte

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, na ocorrência de morte do Segurado, durante a vigência desta Apólice, de acordo com o(s) Ciclo(s) Escolar(es) contratado(s).

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA)

Esta garantia **visa auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, relativo à invalidez total e definitiva em virtude de lesão física, causada por acidente, do Segurado, nos termos do **Anexo I** destas Condições Gerais.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total conseqüente de doença, que cause a Perda de Existência Independente, do Segurado nos termos do **Anexo II** destas Condições Gerais.

Diária por Incapacidade Temporária (DIT)

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, em caso de Invalidez Temporária conseqüente de acidente ou doença do Segurado, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua profissão ou atividade laborativa principal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **ocorrida após o período de carência e dentro da vigência deste Seguro e nos termos do Anexo III** destas Condições Gerais.

Para a Garantia de Diária de Incapacidade Temporária (DIT) será considerada uma franquia de 15 (quinze) dias.

Perda Involuntária de Emprego (PIE)

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, em caso de perda de emprego sem justa causa do Segurado, que mantinha **vínculo empregatício** ininterrupto com um mesmo empregador de, no mínimo, 12 (doze) meses, após decorrido o período de **carência** e dentro da vigência deste Seguro, conforme Condições Particulares e nos termos do **Anexo IV**.

3.2 Quando o Segurado for o próprio Aluno, poderão ser contratadas as garantias descritas no subitem 3.1, exceto a cobertura de Morte destas Condições Gerais.

Para a Garantia de Perda Involuntária de Emprego (PIE) será considerada uma franquia de 30 (trinta) dias.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as Garantias deste Seguro os eventos ocorridos em conseqüência 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) **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, exceto se decorrente de prestação de serviço militar, da utilização de meio de transporte arriscado, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**

- c) de doenças preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação ou de adesão (declaração pessoal de saúde e atividade), quando solicitada pela Vida Seguradora, bem como suas conseqüências;
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e) Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes;

4.2 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de IPA :

Os acidentes ocorridos em conseqüência :

- a) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, acima dos limites permitidos pela legislação vigente, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- b) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- d) o parto ou aborto e suas conseqüências;
- e) 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 coberto não excluído por este contrato; e
- f) o choque anafilático e suas conseqüências;
- g) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- h) ataque de animais e picadas de inseto

4.3 Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Vida 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 atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

As garantias do Seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIAS

O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ambos estabelecidos nas Condições Contratuais ou da sua recondução depois de suspenso.

Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do Grupo Segurável, até 65 (sessenta e cinco) anos de idade, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Vida Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

Recebida a Proposta de Adesão pela Vida Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Vida Seguradora avaliará o risco.

O Seguro será automaticamente aceito, caso a Vida Seguradora não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a Vida Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, voltando a contar após a entrega dos mesmos.

A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

Havendo a recusa, dentro do prazo anteriormente estabelecido, caso a Vida Seguradora tenha recebido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, este valor será restituído ao Proponente ou Estipulante conforme tratar-se de Seguro contributivo ou não contributivo respectivamente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela, sob a forma pro-rata tempore, referente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

Caso o Proponente seja portador de deficiência, deverá declarar na Proposta de Adesão o grau da invalidez preexistente.

Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual contendo pelo menos os seguintes elementos :

- a) Data de início e término de vigência da cobertura individual do Segurado;
- b) Capital Segurado de cada garantia relativa ao Segurado ;
- c) Prêmio total;
- d) Identificação do Segurado.

Quando não houver designação do responsável pelo pagamento das mensalidades escolares, o Segurado será considerado o pai, na ausência deste, a mãe, na ausência desta, o responsável legal do aluno e na ausência deste, o próprio Aluno.

Só será aceita uma única pessoa como responsável pelo pagamento das mensalidades escolares.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início e fim de vigência da cobertura individual será às 24 horas das datas indicadas para tal finalidade, na Apólice, certificado individual e nos endossos, seguindo o critério definido nas Condições Contratuais, através de cláusula específica.

Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento de prêmio**, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que estabelecido em Condições Contratuais.

Nos contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **com adiantamento** de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de recepção da Proposta pela Vida Seguradora.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Este Seguro é por prazo determinado tendo a Vida Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

A vigência do Seguro é de 12 (doze) meses, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a Vida Seguradora ou o Estipulante ou Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

Desde que estabelecido nas Condições Contratuais, o Seguro poderá ser contratado com vigência inferior a 12 (doze) meses. Neste caso o prêmio será calculado, no mínimo, na base pro-rata tempore.

A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que não implique em ônus ou dever ou redução de direitos para os Segurados.

Será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) dos Segurados para qualquer alteração da Apólice que acarrete ônus ou dever ou redução de direitos para o Segurado, inclusive quando da renovação da Apólice.

Ao Estipulante ou Subestipulante fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

Caso a Vida Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e/ou ao Estipulante ou Subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Será enviado novo certificado individual ao Segurado em cada uma das renovações do Seguro.

10 CAPITAL SEGURADO

10.1 Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada, em função do valor da mensalidade escolar contratada, sobre a qual foi calculado o prêmio da competência do evento.

10.2 Considera-se como data da ocorrência do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) na Garantia de Morte, a data do falecimento ;
- b) na Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA), a data do acidente;
- c) na Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica ;
- d) na Garantia de Diária por Incapacidade Temporária (DIT), a data do acidente ou do diagnóstico da doença;
- e) na Garantia de Perda Involuntária de Emprego (PIE), a data do desligamento da empresa, constante da rescisão contratual.

11 CORREÇÃO DOS VALORES DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os valores de Capitais Segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da Apólice, pela variação positiva do IGP-M / FGV acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior, exceto para as Apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação do valor das mensalidades escolares.

Nas Apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo de mensalidades escolares, definido nas Condições Contratuais, estes serão recalculados conforme a variação das mensalidades, no momento em que o Estipulante comunicar à Vida Seguradora .

Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do IGP-M / FGV, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

Na hipótese de extinção do IGP-M / FGV, será utilizado o IPCA/IBGE para atualização dos valores de Prêmios e Capitais Segurados.

O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados, com anuência do Grupo Segurado, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

Além da atualização monetária, nas Apólices cujo critério de taxação utilizado, definido nas Condições Contratuais, for por faixa etária, os valores de prêmio sofrerão aumento em decorrência da mudança da faixa etária do Segurado e conseqüente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial da Apólice.

12 PRÊMIO

O Custeio do Seguro pode ser :

- a) não contributivo: em que os Segurados não pagam Prêmio;
- b) contributivo: em que os Segurados pagam Prêmio, total ou parcialmente.

O prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, **será pago sempre antecipadamente ao período de cobertura**, conforme o definido nas Condições Contratuais.

Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante ou Subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou débito em conta corrente, conforme definido nas Condições Contratuais.

A Vida Seguradora poderá delegar ao Estipulante ou ao Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Vida Seguradora, conforme as Condições Contratuais.

É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante 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 ou Subestipulante, 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.

Os prêmios em atraso serão acrescidos da atualização de acordo com o índice estabelecido no item 11 destas Condições Gerais e de juros de 12% (doze por cento) ao ano, calculado na base “pro-rata tempore”, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicados de uma só vez.

Nos Seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Vida Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento do Seguro, a critério da Vida Seguradora e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

Caso a data estabelecida nas Condições Contratuais para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.

Caso o pagamento do prêmio se dê através de carnê, a Vida Seguradora deve providenciar o envio dos carnês até 30 (trinta) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

Se não ocorrer o recebimento de novo carnê no prazo acima estabelecido, e desde que não tenha havido o cancelamento desta Apólice, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado através de depósito bancário, na conta indicada no carnê anterior. Este procedimento deve ser feito antes do início de novo período de cobertura.

Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária ou o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

Os valores de prêmio poderão ser reavaliados anualmente junto ao Estipulante ou Subestipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste Seguro.

Os novos valores de prêmio serão aplicados para as novas Apólices e quando das renovações das Apólices em vigor, caso haja acordo com o Estipulante ou Subestipulante.

13 CANCELAMENTO DO SEGURO

Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Vida Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o Seguro.

Durante o período de inadimplência a cobertura do Seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

O Seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso do Seguro coletivo, deverá haver anuência expressa de Segurados que representem no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, observadas às limitações constantes nestas Condições Gerais.

O Segurado é obrigado a comunicar à Vida Seguradora, logo que saiba, todo fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

A Vida Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a garantia contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

Caso haja diferença de valor de prêmio calculado proporcionalmente ao período a decorrer, esta será restituída ao Segurado, atualizada de acordo com a legislação vigente.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, o Beneficiário perde o direito à garantia, ainda:

- a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante ou Subestipulante nos planos coletivos, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança. Fica facultado a Vida Seguradora a adequação do seu custo ao risco individual;
- b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou persistir a inadimplência no pagamento da sua parte no prêmio conforme definido no item 13; ou
- c) com a conclusão do(s) Ciclo(s) Escolar(es) contratado(s).

15 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à Indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, corretor de Seguros, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- O agravamento intencional do risco;
- Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice, que acarretem agravação do risco coberto;
- Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um evento coberto, ou ainda, agravando suas conseqüências; ou
- Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou no valor do prêmio. Neste caso o Segurado está obrigado a pagar o 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 ocorrência 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 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.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

16 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Em caso de ocorrência de um evento coberto por este Seguro, o Beneficiário deverá comunicá-lo, por escrito, à Vida Seguradora e provada satisfatoriamente a sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Beneficiário, a Vida Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização.

Após este prazo, sobre os valores devidos incidirá, **desde a data do evento**, a atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido nestas Condições Gerais (item 11), apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e o último publicado antes da data de sua efetiva liquidação. Também haverá a incidência de juros moratórios de 1 % (um por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

É facultado à Vida Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do evento, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para pagamento da Indenização será suspensa e volta a contar a partir do dia útil subsequente àquele em que as solicitações forem completamente atendidas.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Vida 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 formada de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Vida Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, 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 Vida Seguradora.

Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

A condição de invalidez permanente deve ser comprovada por declaração médica e exames comprobatórios. Em caso de dúvida, deve ser reconhecida através de perícia realizada pela Vida Seguradora.

O Segurado deve autorizar o médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar envolvidas no atendimento a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Vida Seguradora, a qual se compromete a manter seu sigilo.

Os resultados apurados pela perícia, incluindo-se laudos de exames, serão de uso unicamente da Vida Seguradora.

A ocorrência do evento deverá ser comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos :

16.1 Em caso de morte:

16.1.1. Documentação Básica :

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Certidão de óbito, RG e CPF do representante legal do aluno;
- Comprovante de matrícula com informação do ciclo que o aluno encontra-se cursando;
- RG e CPF do Beneficiário.

16.2 Em caso de morte acidental :

16.2.1. Documentação Básica :

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Certidão de Registro da Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento do Segurado, se solteiro (cópia autenticada); ou
- Certidão de Casamento atualizada (pós óbito);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento/Casamento, RG e CPF do Beneficiário (cópia autenticada);
- Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do Segurado, caso estes também sejam caracterizados como Beneficiários do Seguro;
- Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- Laudo do Instituto Médico Legal (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários dos Beneficiários;

16.3 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPA):

16.3.1. Documentação Básica :

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- RG e CPF do representante legal do aluno;
- Comprovante de matrícula com informação do ciclo que o aluno encontra-se cursando;
- Exames e laudos médicos (original);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Comprovante de residência (cópia autenticada)

16.4 : Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) :

16.4.1. Documentação Básica :

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo expedido pelo médico assistente caracterizando a data do quadro clínico incapacitante, que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônômicas do Segurado, com respectivos Exames médicos comprobatórios (original);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários do Segurado.

16.5 : Diária por Incapacidade Temporária (DIT) :

16.5.1. Documentação Básica :

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Exames e laudos médicos (cópia autenticada)
- Anotação do afastamento no campo próprio da Carteira de Trabalho (cópia autenticada);
- CPF e RG do Segurado (cópia autenticada)
- Comprovante de Residência do Segurado. (cópia autenticada)
- Documento emitido pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INSS) com memória de cálculo do benefício pago.

Para Segurados Profissionais Liberais ou Autônomos :

- FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO/DECLARAÇÃO MÉDICA fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- Cópia autenticada dos Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente;
- Cópia autenticada do Comprovante de atendimento médico-hospitalar;
- Cópia autenticada do Atestado de incapacidade temporária emitida pelo médico assistente;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia autenticada dos Exames recentes que comprovem a incapacidade e/ou comprovantes de internação hospitalar;
- Será solicitada comprovação da atividade profissional.

16.6 : Perda Involuntária de Emprego (PIE) :

16.6.1. Documentação Básica :

- Comprovante de matrícula com informação do ciclo que o aluno encontra-se cursando;
- Cópias autenticadas da carteira de trabalho e respectiva baixa de emprego e da página posterior;
- Cópia autenticada da Rescisão Contratual e/ou Autorização de Movimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- Cópia autenticada da Via Marrom do requerimento de Seguro Desemprego protocolado pelo Ministério do Trabalho ou Caixa Econômica Federal;
- Cópia do comprovante de recebimento das parcelas do Seguro Desemprego;
- CPF e RG (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

O Capital Segurado a ser pago será igual ao valor vigente na data do evento, atualizado de acordo com a legislação vigente.

No caso de Invalidez Permanente do Segurado, as Garantias relativas a esta Apólice estarão canceladas.

17 ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE INDENIZAÇÃO

Para as Garantias de **Morte e Invalidez Permanente do Responsável** o pagamento da Indenização será efetuado sob a forma de Renda Certa, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

Para a garantia de **Diária de Incapacidade Temporária (DIT)** a Indenização será equivalente a 03 (três) mensalidades contratadas na Proposta, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

Para a garantia de **Perda Involuntária de Emprego (PIE)** o Valor Garantido equivale a 03 (três) mensalidades contratadas na Proposta, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

Após a ocorrência do evento, os valores de Indenização referentes a esta Apólice serão atualizados anualmente, pelo índice estabelecido no item 11, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem os 2 (dois) meses anteriores à data de aniversário do evento.

Além da atualização monetária prevista no parágrafo anterior, o valor da renda será recalculado na mesma época em função do eventual acréscimo na respectiva Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, decorrente da sua atualização mensal e da atualização anual aplicada às rendas.

O índice e a periodicidade de correção poderão, ainda, ser alterados, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

18. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta modalidade de Seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga da seguinte forma:

- a) **Pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – pago, em nome do menor, ao seu representante legal;**
- b) **Pessoas de idade entre 16 (dezesseis) a 18 (dezoito) anos, exclusive – pago ao menor, devidamente assistido por seu pai ou sua mãe, quando estes tiverem o pátrio poder, ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante ou Subestipulante e/ou do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Vida Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais, Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as Normas referentes à Apólice de Seguro.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

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.

21. FORO

Questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiários e a Vida Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

22. ANEXO I

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA) DO SEGURADO

1 OBJETIVO

Esta Garantia tem por objetivo incluir entre as garantias da Apólice, a Garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado.

2 GARANTIA

Esta garantia visa auxiliar o pagamento das mensalidades escolares do Aluno, no limite do Capital Segurado determinado nas Condições Contratuais, relativo à invalidez total e definitiva, em virtude de lesão física, causada por acidente.

Além das exclusões da Apólice, excluem-se das garantias de Invalidez Permanente Total por Acidente:

I) Os acidentes ocorridos em consequência de:

- direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;

II) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

III) Parto ou o aborto e suas consequências;

IV) 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 não excluído por este Contrato;

V) Choque anafilático e suas consequências.

3 CAPITAL SEGURADO

No caso de Invalidez Permanente por Acidente do Segurado, prevista nos termos destas Condições Gerais, a Vida Seguradora pagará um Capital Segurado de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CALCULO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	
DISCRIMINAÇÃO	% 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

4 CANCELAMENTO DA GARANTIA

O Segurado ficará sem o direito a esta Garantia :

- a) na data do cancelamento da Apólice;
- b) quando o Estipulante pedir, por escrito, o cancelamento desta Garantia, relativamente a todos os Segurados;
- c) se ocorrer o recebimento pela Vida Seguradora de qualquer reclamação fraudulenta ou de declarações falsas, que visem o recebimento de Capital Segurado que não for devido;
- d) após o pagamento do Capital Segurado, sob a forma de parcela única ou da 1ª prestação, o risco do Segurado será, automaticamente, excluído da Apólice.

Caso o estado de invalidez cesse antes do término do pagamento das prestações, o risco do Segurado será reincluído na Apólice;

- e) facultativamente, pela Vida Seguradora ou pelo Estipulante/Segurado, por escrito, no mês que anteceder ao vencimento da Apólice, sua decisão de cancelá-la.

5 ACUMULAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS

5.1 Se depois de pago um Capital Segurado por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, do valor do Capital Segurado pago por morte deve ser deduzido o valor já pago pela invalidez permanente.

6 MANUTENÇÃO DAS DEMAIS CONDIÇÕES

Ficam mantidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

23. ANEXO II

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. Do Objetivo

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item *Dos Riscos Cobertos*, desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item *Do Cancelamento do Seguro* e as constantes das Condições Contratuais.

2. Da Cobertura

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item *Da Liquidação do Sinistro*.

2.1 Dos Riscos Cobertos

Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:

- a) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) **Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;**
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) **Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) **Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;**
- f) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
- g) **Deficiência visual, decorrente de doença:**
 - **Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou**
 - **Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores**
- h) **Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
- i) **Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**

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

2.2. Dos Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

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

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

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

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

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

3. Dos Riscos Excluídos

Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

4. Da Liquidação do Sinistro

4.1. Dos Documentos para Liquidação do Sinistro

Através do Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica, fornecido pela Vida Seguradora, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida, e assinado pelo Segurado, este deverá comunicar à Vida Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

A Declaração Médica deve indicar a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item *Dos Riscos Cobertos*.

Ao Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica devem ser anexados:

1) Cópia autenticada do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado; a carteira profissional original atualizada; informação de dados bancários do Segurado.

2) Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

3) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado à Vida Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

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

4.2. Da Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.3. Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

4.4. Da Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Vida Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

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

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.

4.5. Das Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Vida Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias

sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Vida Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5. Da Forma de Pagamento do Capital Segurado

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Vida Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

6. Do Cancelamento do Seguro

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da Garantia de Morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

7. Manutenção das Demais Condições

Os Capitais Segurados referentes às garantias de Morte e IFPD não se acumulam.

Ficam mantidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

Anexo Às Condições Contratuais Da Cobertura De Invalidez Funcional Permanente E Total Por Doença

Instrumento De Avaliação De Invalidez Funcional - Iaif

Documento 1

Tabela De Relações Existenciais, Condições Médicas E Estruturais E De Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

Documento 2
Tabela De Dados Antropométricos, Fatores De Risco E De Morbidade

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

**GLOSSÁRIO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

Agravo Mórbido – Piora de uma doença

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

Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

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

Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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

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

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

Doença Profissional – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia - Causa de cada doença.

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

Hígido – Saudável.

Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

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

Sequela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

24. ANEXO III
CONDIÇÕES ESPECIAIS
DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT) DO SEGURADO

1. OBJETIVO

Esta Garantia tem por objetivo incluir entre as garantias da Apólice a Garantia de Diária de Incapacidade Temporária (DIT) do Segurado.

2. GARANTIA

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, até o limite do Capital Segurado **determinado** nas Condições Particulares, quando o Segurado se encontrar temporariamente incapacitado para o trabalho por motivo de doença ou acidente.

2.1 Esta Garantia poderá ser contratada exclusivamente para a cobertura de Segurados profissionais liberais ou autônomos, nos termos das Condições Particulares.

2.2 Considera-se temporariamente incapacitado, o Segurado que estiver temporariamente incapacitado de exercer suas atividades profissionais por determinação médica, contínua e ininterruptamente, em consequência de doença ou acidente.

2.3 Ficam excluídas desta Garantia, além das exclusões previstas nas Condições Gerais:

- a) **Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as 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 degenerantes dela conseqüentes;**
- b) **Hospitalização para “Check-Up”;**
- c) **Gravidez e suas conseqüências;**
- d) **Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;**
- e) **Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;**
- f) **Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;**
- g) **Qualquer evento conseqüente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias, comprovadamente causadas por :**
 - **tentativa de suicídio voluntário e premeditado ;**
 - **uso de substâncias psico-ativas, como tóxicos, entorpecentes, drogas e psicotrópicos;**
 - **uso do álcool em suas diversas manifestações ;**
 - **epidemia, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza ou outras calamidades que atinjam maciçamente a população ;**
 - **procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
 - **doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer conseqüência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;**
 - **distúrbios ou doenças psiquiátricas bem como quaisquer eventos ou conseqüências deles decorrentes.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O Capital Segurado será pago a partir do 30º (trigésimo) dia a contar da data do afastamento do Segurado de suas atividades profissionais.

3.2. O Capital Segurado será pago enquanto o Segurado estiver incapacitado de desempenhar suas atividades profissionais, limitado ao número de diárias determinado nas Condições Particulares.

3.3. Para efeito desta Apólice, o valor das diárias está vinculado às mensalidades escolares do Aluno informadas pelo Estipulante quando da contratação da Apólice, até o limite do Capital Segurado contratado para Garantia de Morte nas Condições Particulares, e independentemente do valor das despesas com o tratamento.

4. CANCELAMENTO DA GARANTIA

O Segurado ficará sem o direito a esta Garantia :

- a) na data do cancelamento da Apólice;**
- b) quando o Estipulante pedir, por escrito, o cancelamento desta Garantia, relativamente a todos os Segurados;**
- c) se ocorrer o recebimento pela Vida Seguradora de qualquer reclamação fraudulenta ou de declarações falsas, que visem o recebimento de Capital Segurado que não for devido;**
- d) facultativamente, pela Vida Seguradora, na data do vencimento da Apólice.**

Neste último caso, a Vida Seguradora comunicará ao Estipulante, por escrito, no mês que anteceder ao vencimento da Apólice, sua decisão de cancelá-la.

5. MANUTENÇÃO DAS DEMAIS CONDIÇÕES

Ficam mantidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

25. ANEXO IV
CONDIÇÕES ESPECIAIS
PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO (PIE) DO SEGURADO

1. OBJETIVO

Esta Garantia tem por objetivo incluir entre as garantias da Apólice a Garantia de Perda Involuntária de Emprego (PIE) do Segurado.

2. GARANTIA

Esta garantia visa **auxiliar o pagamento das mensalidades escolares** do Aluno, até o limite do Capital Segurado determinado nas Condições Particulares, **quando o Segurado com vínculo empregatício ininterrupto com um mesmo empregador de, no mínimo, 12 (doze) meses**, perder involuntariamente o emprego.

2.1 Considera-se Perda Involuntária de Emprego, quando o Segurado ficar desempregado involuntariamente, sem receber remuneração alguma pela prestação de um trabalho pessoal, para outro empregador.

2.2. Ficam excluídos desta Garantia:

- a) **Pedido de demissão por parte do Segurado;**
- b) **A demissão por justa causa;**
- c) **Jubilção, pensão ou aposentadoria do Segurado;**
- d) **Renúncia ou perda voluntária do trabalho;**
- e) **Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;**
- f) **Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;**
- g) **Campanhas de demissões em massa. Para fins desta Garantia, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 5 % (cinco por cento) do seu quadro de pessoal no período de até dois meses.**
- h) **Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
- i) **Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;**
- j) **Demissões ocorridas nos primeiros 60 (sessenta) dias de validade da Apólice;**
- k) **Demissões ocorridas em período superior aos primeiros 60 (sessenta) dias, desde que previstos nas Condições Particulares;**
- l) **Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho);**
- m) **Segurados que exerçam atividades remuneradas em regime de tempo parcial, ou seja, cuja atividade principal ocupe menos de 6 horas/dia.**

3 CAPITAL SEGURADO

3.1 O Capital Segurado será pago a partir do 30º (trigésimo) dia contado do final do período de franquia.

3.2 O Capital Segurado será pago enquanto o Segurado estiver desempregado, será limitado ao número de diárias determinado nas Condições Particulares.

3.3 Para efeito desta Apólice, o valor das diárias está vinculado às mensalidades escolares do Aluno, informadas pelo Estipulante quando da contratação da Apólice, até o limite do Capital Segurado contratado para Garantia de Morte nas Condições Particulares, e independentemente do valor do salário ou outra renda mensal então recebida pelo Segurado.

5. 4 CANCELAMENTO DA GARANTIA

O Segurado ficará sem o direito a esta Garantia :

- a) **na data do cancelamento da Apólice;**
- b) **quando o Estipulante pedir, por escrito, o cancelamento desta Garantia, relativamente a todos os Segurados;**
- c) **se ocorrer o recebimento pela Vida Seguradora de qualquer reclamação fraudulenta ou de declarações falsas, que visem o recebimento de Capital Segurado que não for devido;**
- d) **facultativamente, pela Vida Seguradora, na data do vencimento da Apólice.**

Neste último caso, a Vida Seguradora comunicará ao Estipulante, por escrito, no mês que anteceder ao vencimento da Apólice, sua decisão de cancelá-la.

5 MANUTENÇÃO DAS DEMAIS CONDIÇÕES

Ficam mantidas as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais.

OUVIDOR E DEFENSOR DO SEGURADO

Objetivo: atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores:

- o **Ouvidor** acolhe as manifestações dos consumidores, pessoas físicas e jurídicas, não solucionadas por outros canais de atendimento e de apoio, em primeira instância;

- o **Defensor** poderá ser acionado, exclusivamente, por pessoas físicas, após a manifestação do Ouvidor, caso haja discordância do consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Defensor do Segurado: Caixa Postal 60596 – CEP 05804-970 – São Paulo – SP



A atuação ética é um dos princípios institucionais da MAPFRE no mundo. É por esse motivo que instituímos, de forma pioneira no Brasil, o DISQUE FRAUDE, um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo. Coragem e respeito por você nos permitem ser ousados para exigir processos e produtos transparentes, sempre.