

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO EDUCACIONAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O objetivo do seguro é auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, em caso de ocorrência de um dos eventos cobertos pelo presente seguro, respeitado os dispostos nas presentes condições gerais e nas condições especiais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

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

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- c) 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”.

2.2. 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 responsável pelo educando total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante ou subestipulante, nos planos coletivos.

2.5. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o responsável pelo educando do educando obtenha renda.

2.6. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.7. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro coberto.

2.8. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.9. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.10. Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.11. Certificado Individual: documento que estará disponível a cada segurado contendo como elementos mínimos a data do início de vigência e os capitais segurados da cobertura contratada.

2.12. Cobertura: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

2.13. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.14. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.15. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação.

2.16. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.17. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante ou subestipulante.

2.18. Consumo: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.19. Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante ou subestipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante ou subestipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

2.20. Dados Antropométricos: peso e a altura do responsável pelo educando.

2.21. 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 responsável pelo educando e respectivos fatos médicos correlatos.

2.22. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.23. Doença ou Deficiência Preexistente: toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas conseqüências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

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

2.25. Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do responsável pelo educando com o meio externo.

2.26. Etiologia: causa de cada doença.

2.27. 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.

2.28. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.

2.29. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

2.30. Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.31. Franquia: período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

2.32. Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.33. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

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

2.35. Hígido: saudável.

2.36. Indenização: pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).

2.37. Início de Vigência: a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.

2.38. Médico-Assistente: médico que está assistindo ao responsável pelo educando ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.39. Período de Vigência: período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.

2.40. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.

2.41. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.42. Proponente: o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.43. Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

2.44. Responsável pelo Educando: pessoa física que responde pelo pagamento das mensalidades do educando.

2.45. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.46. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.47. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

2.48. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.49. Riscos Excluídos: os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

2.50. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.51. Seguradora: a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A., companhia de seguros devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.

2.52. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante ou subestipulante, e este o repassa à seguradora.

2.53. Seguro Não Contributário: aquele em que o estipulante ou subestipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.

2.54. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

2.55. Sinistralidade Comercial por Competência: É a razão entre os sinistros ocorridos e os prêmios comerciais ganhos em determinado período de análise.

2.56. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.57. Transferência Corporal: capacidade do responsável pelo educando de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas contratadas são as estabelecidas nas condições contratuais do seguro.

3.2. Este seguro é composto de Coberturas Básicas e de Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação de pelo menos 1 (uma) das coberturas básicas abaixo.

3.2.1. COBERTURAS BÁSICAS

3.2.1.1. COBERTURA DE MORTE DO RESPONSÁVEL

3.2.1.1.1. Esta cobertura visa auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) descrito(s) nas condições contratuais, caso o responsável pelo educando venha a falecer durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado e descrito nas condições contratuais.

3.2.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do responsável pelo educando, comprovado mediante Certidão de Óbito.

3.2.1.1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.2.1.2. COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DO RESPONSÁVEL

3.2.1.2.1. Esta cobertura visa auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, garantindo o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) descrito(s) nas condições contratuais, caso o responsável pelo educando venha a se tornar total e permanentemente inválido em decorrência direta e exclusiva de acidente coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado e descrito nas condições contratuais.

3.2.1.2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada como “data do evento coberto” a data do acidente.

3.2.1.2.3. Para efeito deste seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total”, os acidentes que resultem em:

- perda total da visão de ambos os olhos;
- perda total do uso de ambos os braços;
- perda total do uso de ambas as pernas;
- perda total do uso de ambas as mãos;
- perda total do uso de um braço e uma perna;
- perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- perda total do uso de ambos os pés;
- alienação mental total e incurável; e
- nefrectomia bilateral.

3.2.1.2.4. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

3.2.1.2.4.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente total por acidente do Responsável pelo educando, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do responsável pelo educando (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo responsável pelo educando.

3.2.1.2.4.2. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o responsável pelo educando.

3.2.1.2.4.3. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo responsável do educando e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo responsável pelo educando e pela seguradora.

3.2.1.3. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DO RESPONSÁVEL – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

3.2.1.3.1. Esta cobertura visa auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, garantindo a antecipação do capital segurado da cobertura de morte, ao(s) beneficiário(s) descrito(s) nas condições contratuais, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do responsável pelo educando, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado e indicado nas condições contratuais.

3.2.1.3.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do laudo médico atestando a invalidez do responsável pelo educando.

3.2.1.3.3. COBERTURA

3.2.1.3.3.1. 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 autonômicas do responsável pelo educando. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados.

3.2.1.3.4. RISCOS COBERTOS

3.2.1.3.4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- 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 seu 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 no 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:
 - cegueira na qual a acuidade visual for 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 o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - e
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:

- perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- 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.

3.2.1.3.4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1.3.4.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

3.2.1.3.4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do responsável pelo educando 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.

3.2.1.3.4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.3.4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

3.2.1.3.4.7. O segundo documento Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

3.2.1.3.5. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

3.2.1.3.5.1. 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.

3.2.1.3.5.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

3.2.1.3.6. CANCELAMENTO DO SEGURO

3.2.1.3.6.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, esta cobertura e as demais, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

3.2.1.3.6.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

3.2.1.4. COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DO RESPONSÁVEL – COBERTURA AUTÔNOMA

3.2.1.4.1. Esta cobertura visa auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, garantindo o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) descrito(s) nas condições contratuais, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do responsável pelo educando, durante a vigência do seguro e conseqüente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado e indicado nas condições contratuais.

3.2.1.4.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do laudo médico atestando a invalidez do responsável pelo educando.

3.2.1.4.3. COBERTURA

3.2.1.4.3.1. 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 autonômicas do responsável pelo educando. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados.

3.2.1.4.4. RISCOS COBERTOS

3.2.1.4.4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- 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 seu 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 no 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:
 - cegueira na qual a acuidade visual for 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 o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;e
- ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - 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.

3.2.1.4.4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.2.1.4.4.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

3.2.1.4.4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do responsável pelo educando 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.

3.2.1.4.4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.1.4.4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

3.2.1.4.4.7. O segundo documento Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

3.2.1.4.5. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

3.2.1.4.5.1. 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.

3.2.1.4.5.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

3.2.1.4.6. CANCELAMENTO DO SEGURO

3.2.1.4.6.1. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do capital segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura de morte, assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

3.2.1.4.6.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

3.2.1.5. COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL DO RESPONSÁVEL

3.2.1.5.1. Esta cobertura visa auxiliar o custeio das despesas com escolas, universidades, cursos e similares, garantindo o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) descrito(s) nas condições contratuais, em caso de falecimento do responsável pelo educando, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado e indicado nas condições contratuais.

3.2.1.5.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

3.2.1.5.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.2.2. COBERTURAS ADICIONAIS

3.2.2.1. Este seguro pode contemplar coberturas adicionais, que terão condições especiais se contratadas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Não estarão cobertos pelo presente contrato de seguro as conseqüências diretas ou indiretas das seguintes ocorrências:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se for comprovado que o sinistro tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;**
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme previsto no art. 762 do Código Civil vigente;**
- 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;**
- f) suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual;**
- g) inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;**
- h) epidemias e pandemias oficialmente declaradas, incluindo a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas e desde que declaradas por órgão competente;**
- i) dolo do segurado, exceto quando o dano tiver sido produzido para evitar um mal maior;**
- j) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade;**
- k) intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);**
- l) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;**
- m) doação e transplante intervivos;**
- n) viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;**
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;**
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.**
- o) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- p) acidentes médicos;**

- q) tratamento de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;
- r) prática, pelo responsável do educando, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;
- s) perturbações e intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos;
- t) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício de prática de esportes; e
- u) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação apropriada.

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estarão também excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda de dentes e os danos estéticos; e
- b) os eventos ocorridos em consequência de qualquer perda, redução, impotência permanente total ou parcial de um membro ou órgão cuja lesão e/ou quando o acidente tiver ocorrido em datas anteriores à data da contratação do seguro.

4.2.1. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de Invalidez Total ou Parcial por Acidente, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.3. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estará também excluído da Cobertura Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, especificados a seguir:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta 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) doenças agravadas por traumatismos.

4.4. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo 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.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. Nas coberturas, Perda de Renda por Desemprego Involuntário do Responsável, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária do Responsável, Perda de Renda por Desemprego Involuntário do Educando e Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária do Educando o âmbito geográfico é o território brasileiro e nas demais coberturas o âmbito geográfico é o globo terrestre.

6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Poderão ser aplicadas franquias e/ou carências nas coberturas contratadas e estarão definidas nas condições contratuais do seguro.

6.2. O período de carência para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Responsável poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

6.3. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicada qualquer tipo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

7. ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO SEGURO

7.1. Não poderão contratar este seguro:

- a) pessoas legalmente incapacitadas;**
- b) pessoas com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos completos.**

7.2. As pessoas afetadas por alguma lesão, enfermidade crônica ou deficiência física ou psíquica deverão indicar na proposta de adesão o tipo e o grau de deficiência.

7.3. Em atendimento à legislação em vigor, o segurado ou o estipulante deverá obrigatoriamente, na contratação do seguro, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais:

7.3.1. Se pessoa física:

- a) nome completo;
- b) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF/MF);
- c) natureza e número do documento de identificação, nome do órgão expedidor e data de expedição; e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

7.3.2. Se pessoa jurídica:

- a) a denominação ou razão social;
- b) atividade principal desenvolvida;
- c) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ); e
- d) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD.

7.4. A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo proponente, estipulante ou subestipulante ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros.

7.5. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro.

7.6. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou para renovações, bem como para alterações que impliquem em modificação do risco.

7.6.1. Deverão constar da proposta de adesão os elementos essenciais ao exame e à aceitação do risco.

7.6.2. A seguradora fornecerá ao proponente do seguro protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.7. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 7.6 desta cláusula, poderá solicitar documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta de adesão.

7.7.1. A solicitação poderá ocorrer apenas uma vez durante o prazo previsto no item 7.6 desta cláusula.

7.8. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de adesão conforme descrito no item 7.7 desta cláusula, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

7.9. A seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a proposta de adesão que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências.

7.10. A seguradora formalizará a recusa através de correspondência ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, especificando o motivo da recusa. A ausência de manifestação por escrito por parte da seguradora nos prazos previstos nos itens 7.6 e 7.8 desta cláusula, caracterizará a aceitação da proposta de adesão.

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

7.12. Se houver algum erro nos dados e/ou informações constantes no contrato de seguro, o segurado deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 30 (trinta) dias a contar da data de emissão da mesma, a correção da divergência existente. Decorrido esse prazo, será considerado válido o disposto no contrato de seguro.

7.13. Não é permitida a presunção de que a seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta de adesão e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada no item 24 – OBRIGAÇÕES DO SEGURADO.

7.14. Se o segurado desejar alterar as coberturas contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

7.14.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da seguradora. A simples solicitação do segurado não caracterizará a aceitação pela seguradora.

7.15. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos segurados. Outras alterações que não as mencionadas acima, poderão ser feitas com a anuência do estipulante e/ou subestipulante.

7.16. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Em aceitando a proposta de adesão, deverá a seguradora emitir e enviar ao segurado o contrato de seguro no início do seguro e também em suas renovações.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

8.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

8.3. Após o pagamento da indenização, o responsável pelo educando será automaticamente excluído da apólice.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

9.1. A vigência da apólice será conforme estabelecido nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

9.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

9.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e o estipulante mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

9.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

9.6. Caso o segurado, seu representante legal, 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.

9.7. Se a inexatidão ou a omissão das declarações não resultar de má fé do segurado, a seguradora poderá:

9.7.1. 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 do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

9.7.2. 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 continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

9.7.3. 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

10. RENOVAÇÃO

10.1. Este seguro poderá ser renovado automaticamente por igual período inicial apenas uma única vez. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa, podendo ser realizadas também pelo estipulante e/ou subestipulante.

10.1.1. As renovações realizadas pelo estipulante e/ou subestipulante só poderão ocorrer quando não implicarem ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos. Caso haja na renovação alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.1.2. A renovação automática não se aplica caso alguma das partes comunique o desinteresse na continuidade do plano:

10.1.2.1. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante e/ou subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.1.2.2. Caso o segurado não tenha interesse em renovar o seguro, deverá comunicar à seguradora e ao estipulante e/ou subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência do seguro.

10.2. Este seguro será por prazo determinado e a seguradora poderá não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos deste seguro.

10.3. Não havendo renovação, nem concordância entre as partes quanto à renovação da apólice, o seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos prêmios pagos, respeitando o disposto nos itens 9.4, 10.1.2.1 e 10.1.2.2.

11. CAPITAIS SEGURADOS

11.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente e se aplicarão a todos os segurados.

12.2. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

12.3. Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. O prêmio deste seguro deverá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, anual ou fracionado, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais ou no documento de cobrança emitido pela seguradora, o qual será encaminhado diretamente ao segurado ou seu representante legal, ou, ao estipulante ou subestipulante ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses ao corretor de seguros até 5 (cinco) dias úteis antes da data de seu vencimento.

13.1.1. Quando a data de vencimento, que não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice, cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.2. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

13.3. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

14. REAVALIAÇÃO DAS TAXAS

14.1. As taxas puras para este seguro serão revistas quando a sinistralidade comercial por competência (Sc) ultrapassar a 60% (sessenta por cento) ou quando a mesma atingir patamares inferiores a 40% (quarenta por cento).

14.2. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

15.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

16.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura/parcela a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

16.2. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento da próxima fatura/parcela.

16.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. O seguro somente poderá ser cancelado mediante acordo entre as partes e deverá haver a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado. Esta intenção deverá ser comunicada por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.

17.1.1. Não poderá a seguradora realizar cancelamento unilateral durante a vigência do contrato.

17.2. Este seguro ficará automaticamente cancelado, sem qualquer restituição de prêmio e emolumentos, quando:

- a) ocorrer a falta de pagamento de 2 (duas) faturas/parcelas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação;
- b) houver fraude ou tentativa de fraude;
- d) do desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante e/ou subestipulante;
- e) o segurado solicitar a exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- f) no final do prazo de vigência da apólice ou do seguro individual, se algum destes não for renovado.

18. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

18.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio responsável pelo educando, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

19. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

19.1. A seguradora iniciará o pagamento da importância a que estiver obrigada no prazo de 30 (trinta) dias a contar da apresentação dos documentos pertinentes a cobertura sinistrada.

19.1.1. No caso de dúvida fundada e justificável, a seguradora poderá solicitar outros documentos e/ou informações complementares. Neste caso, o prazo acima será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.2. Os encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio da Central de Atendimento.

20.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

20.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

20.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

20.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

20.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

20.5.1. Em caso de Morte do Responsável:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**

- cópia do RG/RNE e CPF do responsável do educando;
- comprovante de residência do responsável do educando;
- cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;
- comprovante de residência do beneficiário;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);
- Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente); e
- CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho).

20.5.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Responsável:

- comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);
- cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- exame de corpo de delito, quando indicado;
- cópia do RG/RNE e CPF do responsável do educando;
- comprovante de residência do responsável do educando;
- formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;
- cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
- CNH, se for acidente de trânsito (e quando o responsável pelo educando sinistrado for o motorista);
- no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
- exames e laudos médicos que confirmem a invalidez permanente; e
- relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as seqüelas definitivas, discriminadas em grau porcentual, com firma reconhecida.

20.5.3. Em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Responsável:

Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do responsável pelo educando;

b) relatório do médico-assistente do responsável pelo educando:

- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente 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 autonômicas do responsável pelo educando.

c) 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; e

d) formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

20.5.3.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

20.5.3.2. 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, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

20.5.3.3. Tendo em mãos o formulário Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e por si, o segurado deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

20.5.3.4. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

20.5.3.5. 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 nos itens 3.2.1.3.4. e 3.2.1.4.4. – RISCOS COBERTOS.

20.5.3.6. O responsável pelo educando se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

20.5.4. Em caso de Morte Acidental do Responsável:

- **comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**
- **cópia do RG/RNE e CPF do responsável do educando;**
- **comprovante de residência do responsável do educando;**
- **formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente;**
- **cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;**
- **comprovante de residência do beneficiário;**
- **Boletim de Ocorrência Policial ou CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho);**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Laudo Necroscópico do IML;**
- **Declaração de Pátrio Poder para beneficiários menores de 18 (dezoito) anos.**

20.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

20.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

20.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

20.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a

seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21. RECUSA DE SINISTRO

21.1. Quando a seguradora recusar um sinistro, deverá comunicar seus motivos ao segurado por escrito dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

21.2. Se, após o pagamento da indenização, a seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito ao seu recebimento, esta poderá requerer do segurado ou seus herdeiros legais os valores pagos indevidamente e demais gastos incorridos no sinistro.

22. PERDA DE DIREITOS

22.1. O segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus beneficiários, nos seguintes casos:

- inexatidão ou omissão, em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio além de estar o segurado obrigado a pagar o prêmio vencido;
- não-cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a indenização;
- agravamento intencional do risco;
- 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;
- fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.

22.2. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

22.2.1. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

22.3. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro

ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

22.4. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. Para efeito das coberturas o beneficiário é o educando, ainda que representado ou assistido, descrito nas condições contratuais do seguro.

23.2. O pagamento periódico da indenização referente exclusivamente às mensalidades escolares pode ser realizado diretamente ao estabelecimento de ensino, desde que haja prévia anuência do responsável pelo educando, ou deste último quanto maior, a ser firmada periodicamente.

24. SUB-ROGAÇÃO

24.1. Nos seguros de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

25. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

25.1. O segurado, independente de outras estipulações deste seguro, obriga-se a:

- a) comunicar imediatamente à seguradora, pela via mais rápida possível, a ocorrência de qualquer fato ou evento que possa vir a se caracterizar como um sinistro, indenizável ou não, nos termos deste contrato, encaminhando posteriormente documento por via formal e escrita contendo data, hora e causas do sinistro;
- b) comunicar à seguradora de forma imediata sobre qualquer citação, carta, documento, notificação judicial, extrajudicial ou administrativa que se relacione com sinistro coberto por este seguro;
- c) fornecer à seguradora e facilitar o seu acesso a toda espécie de informação sobre o estado de saúde do segurado antes da contratação do seguro ou da ocorrência do sinistro;
- d) fornecer à seguradora ou facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias e conseqüências do sinistro, a assistência médica inicialmente recebida e a evolução das lesões do segurado, além de informações complementares solicitadas pela mesma;
- e) submeter-se ao exame dos médicos designados pela seguradora, se esta considerar necessário para completar as informações fornecidas, bem como comparecer por conta da seguradora ao local por ela julgado mais adequado para efetuar os exames.

25.2. Além das obrigações desta cláusula, o segurado, em caso de sinistro, deverá cumprir as instruções determinadas nas condições especiais de cada cobertura.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE

26.1. O estipulante ou subestipulante deverá fornecer à seguradora as informações cadastrais de seus clientes, inclusive dos beneficiários e seus representantes, constantes no item 7.3 da Cláusula 7 – ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO SEGURO, conforme legislação vigente.

26.1.1. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio, deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados acima informados.

26.2. Constituem obrigações do estipulante e/ou subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco previamente estabelecido por aquela, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos proponentes;
- 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 explicitamente o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade, a denominação da seguradora e a informação de que o não pagamento poderá acarretar o cancelamento do seguro;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social ou o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa assim que deles tiver conhecimento, quando isto estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social ou o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior que o do estipulante e/ou subestipulante ou igual ao do mesmo;
- m) remeter à seguradora as propostas de adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos segurados o certificado individual, mediante recibo que deverá ser enviado à seguradora;
- n) disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao seguro, cópia do contrato de seguro e destas condições gerais;
- o) repassar aos segurados os valores relativos aos excedentes técnicos apurados que lhe competirem, observando estritamente a proporção de participação dos segurados no custeio do seguro;
- p) encaminhar as movimentações (alterações, inclusões ou exclusões) mensalmente à seguradora com os respectivos dados cadastrais e;
- q) cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no contrato e nestas condições gerais, com a observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso.

26.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos acarretará o cancelamento da cobertura e sujeitará o estipulante e/ou subestipulante às cominações legais.

26.4. Nos seguros contributários, será expressamente vedado ao estipulante e/ou subestipulante:

- a) cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

- b) rescindir o contrato ou efetuar qualquer alteração na apólice que implique ônus aos segurados sem a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

27. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

27.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessário para complementação do processo, passando, a partir de sua entrega, a contar novo prazo para regulação do sinistro;
- b) informar por escrito ao segurado, a ocorrência do não pagamento da fatura por parte do estipulante e/ou subestipulante, se couber;
- c) emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante e/ou subestipulante, se couber;
- d) cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

28. PERÍCIA MÉDICA

28.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

28.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o responsável pelo educando.

29. JUNTA MÉDICA

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

29.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo responsável pelo educando e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

29.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo responsável pelo educando e pela seguradora.

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

30. COMUNICAÇÕES

30.1. As comunicações do segurado ou do beneficiário ou responsável legal serão válidas quando efetuadas por escrito e encaminhadas à seguradora. No entanto, as efetuadas pelo corretor de seguro da apólice surtirão os mesmos efeitos, exceto expressa indicação em contrário de sua parte.

30.2. As comunicações da seguradora serão consideradas válidas quando forem dirigidas ao domicílio do segurado ou, então, quando forem dirigidas ao seu corretor de seguro.

31. PRESCRIÇÃO

31.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

32. FORO

32.1. As questões judiciais, entre o segurado e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único: Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

33. DISPOSIÇÕES FINAIS

33.1. PARA OS CASOS NÃO PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SERÃO APLICADAS AS LEIS QUE REGULAMENTAM OS SEGUROS NO BRASIL.

33.2. O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

33.3. 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.

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE 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

ANEXO

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (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 sem supervisão; 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 assistência 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 déficit cognitivo?	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 assistência e/ou auxílio técnico?	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, 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 assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

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 (quarenta)?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes 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 refratariedade terapêutica?	08

São Paulo, 11 de maio de 2011.

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.