

BB PROTEÇÃO ESCOLAR

ÍNDICE GERAL

1. Condições Gerais – Acidentes Pessoais	3
2. Condições Particulares – Acidentes Pessoais	29
3. Condições Especiais – Acidentes Pessoais	37
4. Manual de Assistência	45

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Gerais

Processo SUSEP 10.005462/99-17

ÍNDICES
CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do Seguro.....	5
2. Definições.....	5
3. Garantias do Seguro.....	10
4. Riscos Excluídos.....	10
5. Âmbito Geográfico da Cobertura.....	11
6. Aceitação do Seguro.....	12
7. Beneficiários.....	14
8. Capital Segurado.....	15
9. Custeio do Seguro.....	15
10. Regime Financeiro.....	15
11. Pagamento de Prêmio.....	15
12. Segurados Afastados.....	16
13. Início, Vigência e Renovação da Cobertura Individual.....	17
14. Atualização Monetária.....	17
15. Suspensão e Reabilitação das Coberturas.....	17
16. Cessação da Cobertura Individual.....	18
17. Perda de Direitos.....	19
18. Vigência e Renovação da Apólice.....	21
19. Cancelamento da Apólice.....	21
20. Liquidação de Sinistro.....	21
21. Modificação de Cláusulas.....	25
22. Obrigações do Estipulante.....	25
23. Propaganda e Publicidade.....	27
24. Prescrição.....	27
25. Informações Complementares.....	25
26. Foro.....	25

CONDIÇÕES GERAIS E PARTICULARES

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, no caso de morte do segurado em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições gerais, especiais e particulares, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **excluem-se 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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham**

relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

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 nesta cláusula.

Aditivo: Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

Ato Ilícito: ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Sociedade Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.

Boa Fé: princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

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

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

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

Companheira(o): pessoa que se une a outra e que se apresente à sociedade como se fosse legitimamente casada, formando uma entidade familiar.

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

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

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

Condições Particulares: conjunto de cláusulas contratuais estabelecidas nos diferentes contratos de comercialização de um determinado plano de seguro.

Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelo segurados.

Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Corretor: é a pessoa física ou jurídica, legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Sociedades Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

O corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Sociedades Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

Custeio do Seguro: de acordo com a opção feita pelo Estipulante, o custeio poderá ser:

- a. Contributário: em que os Segurados Principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.
- b. Não Contributário: em que os Segurados Principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela sociedade seguradora.

Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: 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 e não declaradas na proposta de contratação ou

de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando a segurada omite tratamento realizado na contratação do seguro.

Dolo: é toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

Endosso: documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

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

Evento Coberto: o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.

Formulário de Aviso de Sinistro: o documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à sociedade seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

Foro: âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do segurado e do segurador, decorrentes ou de descumprimento de contrato ou de danos pessoais e/ou materiais causados a terceiros em consequência do uso de seus produtos.

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

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

Indenização: é o valor a ser pago ao beneficiário pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

Início de Vigência da Cobertura Individual: é a data a partir da qual a sociedade seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.

Migração de Apólices: a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

Nulidade: defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que é natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

Parâmetros Técnicos: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Prêmio Comercial: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

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

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da sociedade seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do seguro.

Regime Financeiro de Repartição Simples: a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

Regulação de Sinistro: é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, concluir-se sobre a cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Segurado: pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: é a Companhia de Seguros Aliança do Brasil S.A., doravante designada sociedade seguradora, que se responsabiliza pela cobertura do

seguro, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições.

Seguro de pessoas com capital global: modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo o qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência do Seguro: período de cobertura no qual a apólice do seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual: período em que, na apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. **Cobertura Básica de Morte Acidental do Segurado (MA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte acidental do segurado, observadas as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS A, OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**

- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU 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 OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NA DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO QUE NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS

ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;

- e) DANOS E PERDAS CAUSADAS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SOCIEDADE 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;**
- f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;**

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS:

4.2.1. OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- a) DIRETA OU INDIRETA DE QUAISQUER ALTERAÇÕES MENTAIS CONSEQUENTES DO USO DE ÁLCOOL, DROGAS, ENTORPECENTES OU DE SUBSTÂNCIAS TÓXICAS;**
- b) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**

4.2.2. QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

4.2.3. PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

4.2.4. 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 DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

4.2.5. CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 6.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE SEGURO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 6.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, que se encontre na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade conforme definido nas Condições Particulares.**
- 6.3. Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a Proposta de Adesão.
- 6.4. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 6.5. A inclusão dos componentes do grupo segurado é feita por adesão à apólice de seguro coletiva, através de proposta de adesão com declaração pessoal de saúde, e de sua respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 6.6. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a sociedade seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
 - 6.6.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 6.7. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 6.8. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.
- 6.9. **Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à sociedade seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro, e que, na**

existência de omissões ou de declarações inverídicas, determinarão a nulidade do contrato, conforme o disposto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro.

- 6.10.** O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Recebida Proposta pela Sociedade Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Sociedade Seguradora avaliará o risco.
- 6.11.** **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Sociedade Seguradora dará cobertura durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Sociedade Seguradora.**
- 6.12.** No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Sociedade Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 6.13.** **O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 6.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 6.14.** **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 6.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 6.15.** Os aposentados por outros motivos que não a invalidez no seguro, poderão ser incluídos no seguro, pagando por meio do estipulante os respectivos prêmios, conforme definido nas condições contratuais.
- 6.16.** Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice poderão ser mantidos no seguro, se previsto nas Condições Contratuais da Apólice.

6.17. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.

6.18. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Sociedade Seguradora, de Certificado de Seguro, que será entregue ao Segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total, os capitais segurados de cada garantia contratada, riscos excluídos e documentos necessários para a comprovação do evento coberto (sinistro).

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s), ou na falta de indicação de beneficiários será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente ou à(o) companheira(o) reconhecida(o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002.

7.1.1. No caso de óbito do beneficiário indicado na proposta pelo segurado, ocorrido em data anterior ao óbito do segurado, será aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

7.1.2. Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

7.2. Todo segurado tem o direito de indicar o beneficiário do seguro.

7.3. O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.

7.3.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SOCIEDADE SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

7.3.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SOCIEDADE SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

7.4. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, OU

AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro, respeitando os limites estabelecidos.
- 8.2. Poderá haver uma ou mais classes de capitais segurados, mediante escala fixada em função de fatores objetivos, tais como remuneração, hierarquia, idade ou acordo entre as partes.
- 8.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Sociedade Seguradora e do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

9. CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com a opção do Estipulante o custeio será definido nas Condições Particulares e poderá ser:

- a) Contributário: em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
- b) Não contributário: em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

10. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 11.1. **O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.**
- 11.2. Para garantir seu direito à cobertura, o pagamento do Prêmio do seguro deverá ser efetuado até a data de seu vencimento.
- 11.3. O pagamento dos prêmios de seguro serão efetuados de acordo com a periodicidade e data de vencimento estabelecida nas Condições Particulares.

- 11.4. Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, poderá ser efetuado o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias, e sem acréscimo de valor.
- 11.5. O prêmio será pago pelo segurado através de ficha de compensação bancária ou de débito automático em conta-corrente, conforme definido nas Condições Particulares.
- 11.6. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios, quando aplicável: o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 11.7. Por ocasião da renovação da apólice, anualmente, os prêmios de seguro poderão ser reavaliados junto ao estipulante, com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados, observado também o critério técnico, definido na nota técnica atuarial deste seguro.
- 11.8. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 11.9. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 19.**

12. SEGURADOS AFASTADOS

- 12.1. Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, terão de ser pagos normalmente à sociedade seguradora, para não haver a interrupção da respectiva cobertura.
- 12.2. Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo que se encontrar em plena atividade profissional.
- 12.3. **É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.**
- 12.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por

doença, desde que atendidas as demais exigências da proposta e das condições particulares do seguro.

13. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 13.1.** O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Sociedade Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Sociedade Seguradora.
- 13.2.** O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 13.3.** O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1.** Os capitais segurados e prêmios de cada segurado serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 14.2.** No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGÉ – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO / FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 15.1.** Na falta de pagamento de prêmios não haverá suspensão das coberturas do seguro, antes que se opere o cancelamento da adesão individual, observado o disposto no subitem 15.2. Desta forma, estarão cobertos os sinistros ocorridos antes do cancelamento, sem prejuízo do

disposto na cláusula de riscos excluídos e no subitem 15.2, e não haverá abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes.

- 15.2. INADIMPLIDAS 2 (DUAS) PARCELAS CONSECUTIVAS, OU A PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DISPOSTO NO ITEM 6 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM NENHUM VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.**
- 15.3.** A Sociedade Seguradora enviará correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio de seguro em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 15.2 destas condições gerais.
- 15.4. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUI-LO.**
- 15.5. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:**
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;**
 - b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;**
 - c) com a exclusão do segurado da apólice:**
 - pelo pagamento da indenização por Morte;**

- por falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do seguro, ou de 2 (duas) parcelas consecutivas;
 - na data em que for protocolado na sociedade seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. A SOCIEDADE SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO AO ESTIPULANTE, CASO HAJA POR PARTE DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS:

- A) 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.**
- B) AGRAVO INTENCIONAL DO RISCO;**
- C) FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;**
- D) FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, 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 DE INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL, EFETUANDO O PAGAMENTO E DEDUZINDO DO SEU VALOR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**
- 17.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.**
- 17.3.1. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
- 17.3.2. ENTENDE-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.**
- 17.3.3. 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.**

18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

18.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

18.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Sociedade Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.

18.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Sociedade Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Sociedade Seguradora ou o Estipulante não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

18.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

19.2. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.

20.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo(s) beneficiário(s) os documentos elencados a seguir:

20.2.1. Documentação para o evento **Morte Acidental:**

- Formulário “aviso de sinistro” assinado
- Cópia autenticada da certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
- Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento ou Certidão(ões) de Casamento do(s) beneficiário(s) indicado(s). Se o cônjuge for o beneficiário do seguro, é necessário o envio da Certidão de Casamento, que deverá ser extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove união estável, através da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s)
- Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à sociedade seguradora os seguintes documentos:
 - ✓ Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando todos os menores
 - ✓ Cópias autenticadas de RG(s) e CPF(s), ou na falta deste(s) documento(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) do(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado
 - ✓ Cópia autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do segurado. Caso seja solteiro(a), enviar a Certidão de Nascimento do segurado
 - ✓ Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário

- Declaração médica (utilizar o formulário de declaração médica de Morte Acidental), devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório
- Os 3 (três) últimos contracheques, anteriores à data da ocorrência, no caso de Apólice com Capital Segurado Múltiplos de Salário
- Em caso de Seguro com Capital Global: Relação de empregados e guia de recolhimento do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) do mês anterior ao sinistro
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
- Cópia autenticada do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurado for o piloto
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor
- Cópia autenticada do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento
- Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)

20.3. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

20.4. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SOCIEDADE SEGURADORA.

20.5. O Segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Sociedade Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do Segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado através de seu médico assistente.

- 20.6.** A sociedade seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 20.2.1.
- 20.7.** A sociedade seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 20.2.1, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.6 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 20.8. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 20.9. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.**
- 20.10. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 20.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.9, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

21. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SOCIEDADE SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM**

OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

21.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.

21.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Sociedade Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

21.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Sociedade Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.

21.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Sociedade Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.

21.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

21.3.4. A sociedade seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- A) FORNECER À SOCIEDADE SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- B) MANTER A SOCIEDADE SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;**

- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDO;
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SOCIEDADE 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 E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SOCIEDADE SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;
- L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE.

22.2. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SOCIEDADE SEGURADORA;

- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;**
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SOCIEDADE SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO;**
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.**

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a sociedade seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizadas.

24. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

25. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 25.1.** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 25.2.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.3.** 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.
- 25.4.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

26.FORO

- 26.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 26.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Condições Particulares

Processo SUSEP nº. 10.005462/99-17

ÍNDICE

Cláusula 1 ^a – OBJETIVO DO SEGURO	<u>31</u>
CLÁUSULA 2 ^a – SEGURADOS	<u>31</u>
CLÁUSULA 3 ^a – RISCOS COBERTOS	<u>31</u>
CLÁUSULA 4 ^a – RISCOS EXCLUÍDOS.....	<u>34</u>
CLÁUSULA 5 ^a - GRUPO SEGURADO	<u>34</u>
CLÁUSULA 6 ^a - CUSTEIO DO SEGURO	<u>34</u>
CLÁUSULA 7 ^a – CAPITAL SEGURADO.....	<u>34</u>
CLÁUSULA 8 ^a – LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DE SINISTRO	<u>35</u>
CLÁUSULA 9 ^a – BENEFICIÁRIO	<u>35</u>
CLÁUSULA 10 ^a - INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	<u>35</u>
CLÁUSULA 11 ^a - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	<u>36</u>
CLÁUSULA 12 ^a - PERDA DE DIRETO.....	<u>36</u>
CLÁUSULA 13 ^a - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	<u>36</u>
CLÁUSULA 14 ^a - DIVERGÊNCIAS.....	<u>36</u>

Cláusula 1^a – OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, no caso de Morte Acidental do Segurado e/ou pagamento de indenização ao próprio Segurado, no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado em decorrência de acidente pessoal, enquadrável nas condições gerais, especiais e particulares, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

Cláusula 2^a – SEGURADOS

2.1 Segurado será todo proponente pessoa física que tenha aderido a um cartão de Crédito, Débito e/ou Múltiplo (Crédito e Débito) constituído pelo Estipulante e esteja, na data da adesão ao Seguro, em plena atividade profissional ou aposentado por tempo de serviço, em perfeitas condições de saúde, a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Grupo Segurado da Apólice em decorrência do pagamento dos respectivos prêmios.

2.2 **Esse proponente deverá ter idade compreendida entre 18 (dezoito) anos completos e 70 (setenta) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, na data da respectiva inclusão na Apólice.**

2.3 Para efeito do seguro, estarão cobertos o titular e/ou adicional do cartão quando contratado.

Cláusula 3^a – RISCOS COBERTOS

3.1 **Cobertura Básica de Morte Acidental do Segurado (MA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura, em caso de morte acidental do Segurado, observadas as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2 **Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de até 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura – conforme Cláusula 7^a – na ocorrência da perda ou impotência funcional total e definitiva de membro ou órgão, conforme discriminado no item 3.2.3 abaixo, em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, observada as Condições Gerais e Especiais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2.1 Para fins deste Seguro, considera-se **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e que determine a perda total do uso de membro ou órgão discriminado no item 3.2.3 abaixo.

3.2.2 No caso de Invalidez Permanente Total, decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao beneficiário, de uma só vez, o respectivo saldo devedor.

3.1.1.1 Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no item 3.2.3, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado fixado para a cobertura de Morte.

3.2.3 Casos de Invalidez Permanente Total por Acidente cobertos:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

3.3 Para as coberturas definidas no item 3.2, considera-se como Acidente Pessoal, **o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez total permanente do Segurado, observando-se que:**

a) Incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros e;
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- **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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou 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;**
- **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 nesta cláusula.**

3.4 As indenizações pelas coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam.

3.5 Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores referente ao(s) prêmio(s) do seguro eventualmente pago(s) após essa data, devidamente atualizado(s) monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 14^a – Atualização Monetária – das Condições Gerais.

Cláusula 4ª – RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Em complemento a Cláusula 4ª – Riscos Excluídos das Condições Gerais e Condições Especiais não responderão pelos eventos que se verificarem em consequência:

- a) Sinistro causado intencionalmente pelo próprio Segurado;**
- b) Uso indevido de álcool, drogas e narcóticos, salvo os prescritos por um médico profissional habilitado e consumidos de acordo com tal prescrição desde que fique comprovada a existência de nexo causal entre o sinistro e o estado do Segurado;**
- c) Intervenções médicas ou de tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes;**
- d) Descumprimento da legislação vigente;**
- e) Condução de veículo sem a adequada habilitação;**
- f) Epidemias e pandemias.**

Cláusula 5ª GRUPO SEGURADO

5.1 É, em qualquer época, constituído por todos aqueles que mantêm vínculo contratual com o Estipulante, inclusos nesta apólice para cobertura de seguro e aceitos por esta Seguradora conforme critérios de aceitação estabelecidos nestas Condições Particulares, bem como aquelas definidas nas Condições Gerais e Especiais do seguro.

Cláusula 6ª CUSTEIO DO SEGURO

6.1 O custeio do prêmio do seguro será contributário, ou seja, o seguro será pago integralmente pelo Segurado.

Cláusula 7ª – CAPITAL SEGURADO

7.1 Entende-se como capital segurado a importância máxima a ser paga em função do valor estabelecido para a(s) cobertura(s) contratada(s), vigente na data do evento.

7.2 Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro:

- 7.2.1 Para o Evento Morte Acidental:**
A data do acidente.

7.2.2 **Para o Evento de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):**

A data do acidente.

Cláusula 8ª – LIQUIDAÇÃO E INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

8.1 Em complemento a Cláusula 20ª – Liquidação e Indenização do Sinistro – das Condições Gerais e a Cláusula 8ª – Liquidação de Sinistro – das Condições Especiais, a indenização devida por esta garantia corresponderá ao capital segurado definido na Cláusula 7ª, dessas Condições Particulares, considerando-se como tendo sido pagos todos os compromissos devidos à Seguradora até o dia anterior à data do sinistro.

8.2 A sociedade Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames realizados por médico de sua indicação para constatar:

8.2.1 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente: perícia médica para confirmação da permanência da invalidez.

8.2.2 **As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Sociedade Seguradora.**

Cláusula 9ª – BENEFICIÁRIO

9.1 O Segurado poderá, a qualquer momento, indicar o(s) beneficiário(s) do seguro, tendo como validade a última alteração recebida pela Seguradora.

9.2 Em caso de Morte Acidental, na falta de indicação de beneficiário(s), será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente ou à(o) companheira(o) reconhecida(o) como tal e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme disposto no Código Civil Brasileiro, instituído pela Lei 10.406 de 10/01/2002

9.3 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente o beneficiário será o próprio Segurado, limitado ao capital segurado.

Cláusula 10ª INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

10.1 O início da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia da recepção da proposta pela Cia.

10.2 A respectiva aceitação pela sociedade seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo na sociedade seguradora para aceitação ou recusa do risco.

Cláusula 11^a ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os capitais segurados e prêmios de cada Segurado serão atualizados anualmente, com base na variação do IGP-M – Índice Geral de Preços de Mercado.

Cláusula 12^a PERDA DE DIRETO

12.1 Durante a inadimplência a cobertura será suspensa até a regularização dos débitos pendentes.

12.2 A falta de pagamento das parcelas por 2 (dois) meses consecutivos ensejará o cancelamento do seguro e perda das coberturas para os sinistros ocorridos após a data do cancelamento.

Cláusula 13^a VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

13.1 O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva, podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

13.2 O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

Cláusula 14^a DIVERGÊNCIAS

14.1 Estas Condições Particulares, quando em desacordo com as Condições Gerais e Especiais, prevalecerão para todos os fins e efeitos.

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Especiais

Processo SUSEP nº 10.005462/99-17

ÍNDICE

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1.	Objetivo do Seguro.....	39
2.	Definições.....	39
3.	Garantias do Seguro	40
4.	Capital Segurado.....	41
5.	Beneficiários.....	42
6.	Pagamento de Prêmio.....	42
7.	Cessação da Cobertura Individual.....	42
8.	Liquidação de Sinistro.....	42
9.	Disposições Gerais.....	44

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais e particulares da apólice de acidentes pessoais coletivo, o pagamento de indenização ao próprio Segurado, em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos dois primeiros anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; 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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.

Médico assistente:

- **É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.**
- **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

3. GARANTIAS DO SEGURO

3.1. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total do uso de um membro ou órgão.

3.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total avaliada quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará ao próprio Segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no subitem 3.2 desta cláusula adicional.

- a) Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, da tabela constante no subitem 3.2.4, a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura.
- b) Para efeito de pagamento, a perda funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.
- c) **A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.**

3.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do Segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa à Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.

3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

Invalidez Permanente	Descriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total de uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da

sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

4.2. A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

5. BENEFICIÁRIOS

Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio Segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

6. PAGAMENTO DE PRÊMIO

O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

7. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte;
- c) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o Segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da Aliança do Brasil.

8.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo Segurado os documentos elencados abaixo:

- Formulário “Aviso de Sinistro” assinado;
- Cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);

- Cópia autenticada da carta de concessão de aposentadoria - se houver;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor;
- Cópia autenticada do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
- Cópias autenticadas dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado);
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia);
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Declaração médica (utilizar formulário de declaração médica de invalidez por acidente), devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório

8.3. A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

8.4. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

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

8.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.

- 8.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 8.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 8.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta cláusula adicional.

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO – MÓDULO ESCOLAR

Manual do Associado

**OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SÃO PRESTADOS PELA
USS SOLUÇÕES GERENCIADAS S.A. – CNPJ: 01.979.936/0001-79.**

ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO

Ao necessitar de algum dos serviços de assistência, entre em contato imediatamente com a Central de Atendimento Aliança do Brasil, pelo telefone: 0800 729 7000.

Não haverá reembolso por serviços contratados e/ou executados por terceiros.

A assistência poderá ser utilizada apenas após o débito da primeira parcela do prêmio e durante o período de vigência do seguro.

ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES	48
2. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	49
3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES	49
4. EXCLUSÕES GERAIS	49
5. COMUNICAÇÃO	50
6. CANCELAMENTO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS.....	50
7. ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO – MÓDULO ESCOLAR	51
7.1. ASSISTÊNCIA ESCOLAR	51
7.1.1. Remoção Médica Inter-hospitalar.....	51
7.1.2. Serviço de Indicação Médica	52
7.1.3. Transmissão de Mensagens Urgentes.....	52
7.1.4. Transporte para Frequência às Aulas.....	52
7.1.5. Transporte para Tratamento Fisioterápico.....	53
7.1.6. Aulas Domiciliares.....	53
7.1.7. Aulas de Reforço	53
7.1.8. Exclusões Particularizadas.....	54
7.2. ASSISTÊNCIA REDE DE DESCONTOS.....	55
7.3. ASSISTÊNCIA SABER24HORAS	55
8. QUADRO RESUMO DAS ASSISTÊNCIAS.....	57

1. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, com data e local caracterizados, causador de lesão física que, por si só e independentemente de qualquer outra causa, tenha como consequência direta a necessidade de tratamento médico/hospitalar de urgência.

Estão compreendidos, no conceito de acidente pessoal, os danos físicos e as lesões decorrentes de:

- a) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica quando o Segurado ficar sujeito a elas em decorrência de acidente coberto;
- b) Escapamento acidental de gases e vapores;
- c) Sequestro e tentativa de sequestro;
- d) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações comprovadas por meio de radiografias.

Âmbito Territorial: designa a abrangência territorial em que os serviços, em suas várias modalidades, serão prestados.

Assistência: é o serviço de apoio prestado ao Segurado, obedecendo-se às condições gerais do contrato.

Doença Súbita: é a alteração aguda do estado de saúde do Segurado com a evolução curta e nítida que, no momento do atendimento, acarreta sofrimento físico intenso ou risco imediato à vida, excluídos os casos de doenças crônicas ou pré-existentes.

Domicílio do Segurado: é o município de residência do Segurado constante na proposta de adesão ao seguro.

Limite: é o critério de limitação ou exclusão do direito ao serviço de assistência a ser prestado, estabelecido em função de:

- a) Modalidade do evento;
- b) Valor máximo de cada um dos serviços;
- c) Número máximo de acionamento de um Serviço de Assistência por um mesmo Segurado, dentro do período de 12 (doze) meses.

Segurado: é a pessoa física, com residência habitual no Brasil, titular do seguro **BB PROTEÇÃO ESCOLAR**, contratado com **COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**.

Usuário: entende-se por usuário o dependente do Segurado, com até 21 anos de idade ou até 24 anos, desde que esteja cursando o terceiro grau, com residência habitual no Brasil.

2. DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. Os limites das assistências estão definidos no item 8. Quadro Resumo das Assistências.

2.2. A **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** não se responsabiliza por serviços negociados diretamente com seus prestadores.

2.3. Todo e qualquer serviço somente será disponibilizado após contato com a Central de Atendimento, que informará sobre as características e condições do serviço acionado.

3. INFORMAÇÕES IMPORTANTES

3.1. Os serviços de assistência serão prestados diretamente pela **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO**, observadas as condições gerais e os limites fixados, não sendo possível qualquer tipo de reembolso por serviços executados por terceiros.

3.2. A utilização dos serviços de assistência se dará, exclusivamente, durante a vigência do contrato do seguro **BB PROTEÇÃO ESCOLAR**.

3.3. Para maior comodidade e segurança, as ligações feitas para a Central de Atendimento da **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** são gravadas.

3.4. A prestação de serviço de assistência fica condicionada à ocorrência de eventos previstos e cobertos pelo seguro **BB PROTEÇÃO ESCOLAR**.

3.5. **Constituem riscos não cobertos as despesas e reembolsos de qualquer natureza não previstos nas condições gerais e/ou manual de assistência.**

3.6. Devem ser respeitadas as condições das **DEFINIÇÕES**, das **DISPOSIÇÕES GERAIS**, das **INFORMAÇÕES IMPORTANTES**, das **EXCLUSÕES GERAIS** e **EXCLUSÕES PARTICULARIZADAS** de cada uma das assistências.

4. EXCLUSÕES GERAIS

4.1. NÃO SERÃO PRESTADOS OS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA CASO:

- a) os serviços sejam solicitados diretamente ao prestador, sem autorização prévia da Central de Atendimento;
- b) a apólice de seguro esteja cancelada;
- c) o seguro não esteja ativo na data da ocorrência;

- d) haja falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio do seguro ou de 2 (duas) parcelas consecutivas;
- e) os eventos não sejam cobertos e as ocorrências estejam fora dos âmbitos territoriais definidos.

4.2. EXCLUEM-SE, AINDA, DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS, AS OCORRÊNCIAS DERIVADAS DOS SEGUINTE FATOS:

- a) atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública;
- b) atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
- c) os eventos que tenham como causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
- d) eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: terremotos, erupções vulcânicas, tempestades ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

4.3. FICAM EXCLUÍDOS DAS PRESTAÇÕES PREVISTAS NESTE CONTRATO OS ATOS PRATICADOS POR AÇÃO OU OMISSÃO DO SEGURADO, CAUSADOS POR MÁ FÉ.

5. COMUNICAÇÃO

Quando ocorrer algum fato, objeto da prestação dos serviços de assistência, o Segurado/Usuário deverá solicitar pelo telefone **0800 729 7000** a assistência correspondente, informando seu nome, CPF, número da proposta, bem como o local onde se encontra e o serviço de que necessita. No mesmo ato, deverá autorizar, expressamente, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** a anotar e registrar as informações fornecidas.

6. CANCELAMENTO DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

6.1. A ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO PODERÁ CANCELAR A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA SEMPRE QUE:

- a) o Segurado causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem à necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos;

b) o Segurado omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

7. ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO – MÓDULO ESCOLAR

Os serviços de assistência a serem prestados pela **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO – MÓDULO ESCOLAR** são os seguintes:

- 7.1. Assistência Escolar**
- 7.2. Assistência Rede de Conveniências**
- 7.3. Assistência Saber 24 horas**

7.1. ASSISTÊNCIA ESCOLAR

Âmbito Territorial

Os serviços previstos nesta assistência serão prestados no caso de eventos ocorridos no Brasil com o Usuário, mesmo que fora das dependências da universidade/escola, desde que a estada fora da residência habitual não seja superior a 90 (noventa) dias consecutivos.

Limite de 2 (duas) intervenções ao ano para o conjunto de serviços.

Conceito do Serviço

A Assistência Escolar consiste na prestação de serviços que visam auxiliar o Segurado em situações emergenciais com seu filho em idade escolar, com idade de até 21 (vinte e um) anos ou até 24 (vinte e quatro) anos, desde que esteja cursando o terceiro grau, com residência habitual no Brasil. É um serviço destinado, exclusivamente, ao dependente do Segurado, designado Usuário.

Limite: Uma única pessoa previamente cadastrada pelo Segurado como Usuário desta assistência, a cada período de vigência anual.

7.1.1. Remoção Médica Inter-hospitalar

Se em consequência de acidente pessoal ou doença súbita, o Usuário necessitar de remoção para outro centro hospitalar mais adequado, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** encarrega-se de providenciar o serviço. A prestação deste serviço está condicionada à avaliação do médico afiliado à **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO**, que determinará ainda o meio de transporte mais apropriado para a transferência.

O meio de transporte utilizado, quando sugerido pelo médico afiliado à **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO**, poderá ser via UTI aérea, avião de linha

regular, *extra-seats*, promoção de classe, ambulância UTI ou simples, com ou sem acompanhamento médico. Nenhum outro motivo que não o da estrita conveniência médica poderá determinar a remoção ou a repatriação do Usuário, bem como a escolha do meio de transporte.

Caso o Usuário se encontre a uma distância superior a 1.000 km (hum mil quilômetros), a repatriação só se efetuará em avião de linha regular, respeitando o limite estabelecido acima.

Quando o Usuário fizer uso da remoção médica, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** reserva-se o direito de propriedade sobre os bilhetes de passagens de retorno previstos e não utilizados.

Limite: Meio de transporte a critério da **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO**.

7.1.2. Serviço de Indicação Médica

Se em consequência de acidente pessoal ou doença súbita o Usuário necessitar consultar um médico ou especialista, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** colocará à sua disposição um serviço de informações, que lhe fornecerá o nome, endereço ou telefone de um profissional. As despesas com o médico escolhido são de responsabilidade do Usuário.

A **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** não será responsável pelos serviços prestados pelos profissionais e entidades (hospitais, clínicas etc.) indicados por meio deste serviço de informação. O referido serviço restringe-se apenas a indicação de médicos e hospitais.

Limite: Sem limite, somente indicação.

7.1.3. Transmissão de Mensagens Urgentes

No caso de acidente pessoal ou doença súbita do Usuário, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** poderá, se solicitado pelo Segurado ou Usuário, avisar seus parentes ou escola sobre o seu estado de saúde e localização.

Limite: Sem limite.

7.1.4. Transporte para Frequência às Aulas

No caso de impossibilidade de locomoção do Usuário, decorrente de acidente pessoal ou doença súbita, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** providenciará o transporte do aluno, desde sua residência até o estabelecimento de ensino, para frequência às aulas e seu retorno.

O serviço está condicionado à comprovação por meio de atestado médico a ser enviado à Central de Atendimento.

Limite: R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por dia, máximo de 20 (vinte) dias úteis ao ano.

7.1.5. Transporte para Tratamento Fisioterápico

No caso de impossibilidade de locomoção do Usuário, decorrente de acidente pessoal ou doença súbita, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** providenciará o transporte do aluno para tratamento em centros de fisioterapia.

O serviço está condicionado à comprovação por meio de atestado médico a ser enviado à Central de Atendimento.

Limite: R\$ 35,00 (trinta e cinco reais) por dia, máximo de 20 (vinte) dias úteis ao ano.

7.1.6. Aulas Domiciliares

Se em consequência de acidente pessoal ou doença súbita o Usuário permanecer no mínimo 5 (cinco) dias afastado das atividades curriculares, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** providenciará o envio de professor particular para aulas na residência do Usuário, com o objetivo de possibilitar o acompanhamento das atividades escolares.

O serviço está condicionado à comprovação por meio de atestado médico e carga horária escolar a serem enviados à Central de Atendimento.

Limite: R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ano*.

***Os serviços de Aulas Domiciliares (7.1.6) e de Aulas de Reforço (7.1.7) não se acumulam.**

7.1.7. Aulas de Reforço

Se o estado de saúde do Usuário não permitir que o mesmo tenha aulas em sua residência durante o período em que estiver afastado, a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO** providenciará o envio de professor particular após o retorno às suas atividades normais, para reforço da matéria que o Usuário perdeu durante o período de seu afastamento.

O serviço está condicionado à comprovação por meio de atestado médico e carga horária escolar a serem enviados à Central de Atendimento.

Limite: R\$ 500,00 (quinhentos reais) por ano*.

*Os serviços de Aulas Domiciliares (7.1.6) e de Aulas de Reforço (7.1.7) não se acumulam.

7.1.8. Exclusões Particularizadas

A ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO não será responsável pelos reembolsos por gastos pessoais do Usuário nas seguintes situações:

- a) doenças crônicas ou pré-existentes do Segurado, mesmo que desconhecidas pelo Segurado, assim como sua agudização ou consequências;
- b) toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente, por atividades criminosas ou dolosas do Usuário, bem como aquelas provocadas por atos, ação ou omissão do Usuário ou causadas por má fé;
- c) acontecimentos ou consequências causadas por suicídio consumado ou frustrado do Usuário;
- d) danos sofridos pelo Usuário em consequência de demência ou ainda estados patológicos produzidos por consumo de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem prescrição médica;
- e) despesas com aquisição de óculos, lentes, muletas e próteses em geral;
- f) danos sofridos em consequência da prática de esportes radicais, tais como (mas não limitados a): alpinismo, esqui aquático, caça, pesca submarina, esgrima, esportes que utilizem arma de fogo, práticas desportivas em competição ou treino para competição e apostas;
- g) assistências em consequência de um acidente laboral;
- h) despesas com fisioterapia;
- i) todos os gastos ocasionados pelo diagnóstico ou tratamento de um estado fisiológico (ex.: gravidez), parto, exame pré-natal e qualquer tipo de “*check-up*” médico geral;
- j) transporte ou remoção sanitária, caso o Usuário possa ser tratado localmente e não haja impedimento para seguir em viagem;
- k) gastos com funeral, cremação ou cerimônia fúnebre;
- l) danos sofridos em consequência de atos de terrorismo, guerras, revoltas populares, greves, sabotagem, tumultos e quaisquer perturbações de ordem pública;
- m) danos sofridos em decorrência de atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz;
- n) danos sofridos em consequência direta ou indireta de irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade;
- o) danos sofridos em decorrência de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, tempestade

- ciclônica atípica, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.;
- p) salvamento em mar, montanha ou zonas desérticas.

7.2. ASSISTÊNCIA REDE DE DESCONTOS

A Rede de Descontos **Best Price** é uma rede de estabelecimentos comerciais e/ou de serviços, em convênio com a **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO**, cuja finalidade é oferecer descontos e benefícios diversos aos seus usuários.

Essa rede oferece uma gama de produtos e serviços em segmentos com foco em comodidade, entretenimento e conveniência, que vai desde estacionamentos, escolas de idiomas, desenho e informática, até locadoras de automóveis.

A rede conveniada, bem como os serviços e/ou produtos oferecidos pelos conveniados, estão sujeitos a mudanças, alterações, substituições e/ou exclusões sem necessidade de prévio aviso. As atualizações da rede conveniada estarão sempre disponíveis no site: www.redebestprice.com.br.

Para ter direito ao desconto, o Segurado deverá entrar em contato com a Central de Atendimento da **ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO (0800 729 7000)** e verificar as instruções.

7.3. ASSISTÊNCIA saber24horas

A Assistência saber24horas é um Portal de Ensino de uso contínuo e complementar ao ensino presencial, que disponibiliza atividades via internet para o desenvolvimento e o aprendizado de crianças, da pré-escola até o vestibular, bem como apresenta conteúdo para os pais/adultos, com informações e dicas para uma vida melhor.

Para usufruir da Assistência saber24horas, é só acessar o site www.saber24horas.com.br e digitar os números do CPF e da proposta de seguro **BB PROTEÇÃO ESCOLAR**, disponível no Certificado Individual do Segurado.

1º Acesso:

LOGIN: (n.º do CPF do Segurado)

SENHA: (n.º da Proposta de Seguro)

Em seguida, o sistema solicitará o cadastramento efetivo para os próximos acessos.

Serviços:

- 7.3.1. **Tira-dúvidas:** professores on-line, para tirar dúvidas de qualquer disciplina, da 1ª série do Ensino Fundamental ao Pré-vestibular.
- 7.3.2. **Aulas on-line:** incluem todas as disciplinas, da 5ª série do Ensino Fundamental ao pré-vestibular. Durante as aulas, os alunos podem tirar dúvidas com os professores.
- 7.3.3. **Conteúdos para revisão de matérias:** atividades multimídia classificadas por segmento/disciplina, que abordam temas curriculares para alunos da 1ª série do Ensino Fundamental ao pré-vestibular.
- 7.3.4. **Exercícios virtuais:** com correção on-line para revisão de conteúdos da 6ª série do Ensino Fundamental à 3ª série do Ensino Médio.
- 7.3.5. **Banco de imagens:** imagens classificadas por disciplina/tema para pesquisa escolar.
- 7.3.6. **Pesquisa educacional:** ferramenta para acesso a mais de 40.000 sites classificadas por disciplina escolar.
- 7.3.7. **Planos de estudo:** classificadas por disciplina e assunto.
- 7.3.8. **Pré-escola:** atividades para desenvolvimento de crianças de 02 (dois) a 05 (cinco) anos.
- 7.3.9. **Pré-vestibular:** seção especial com simulados, questões, guia de profissões, lista de faculdades e cursos, ENEM e *podcast*.
- 7.3.10. **Pais/adultos:** módulo dividido em quatro seções para auxiliar o Segurado na educação de seus filhos. Apresenta dicas de educadores e psicólogos, conselhos de especialistas sobre diversos assuntos, tais como: finanças pessoais e orçamento doméstico, saúde e bem-estar – para uma vida melhor e mais saudável –, e minicursos para seu crescimento pessoal e profissional.

Os conteúdos dessas seções se correlacionam com os demais módulos do portal, permitindo grande interação entre os artigos e atividades práticas.

Exemplo: na seção “Educação dos Filhos”, há um artigo sobre alfabetização. Esse texto pode estar relacionado a outro conteúdo disponível na área de Saúde, o qual explica as condições físicas que podem retardar a alfabetização. Além disso, é sugerida uma atividade complementar para estimular as crianças nesse processo.

8. QUADRO RESUMO DAS ASSISTÊNCIAS

ASSISTÊNCIA ESCOLAR	LIMITES	ABRANGÊNCIA
Remoção Médica Inter-hospitalar	Meio de Transporte a critério da ASSISTÊNCIA BB PROTEÇÃO	Brasil
Serviço de Indicação Médica	Sem limite	
Transmissão de Mensagens Urgentes	Sem limite	
Transporte para Frequência às Aulas	R\$ 35,00 por dia (máximo de 20 dias úteis ao ano)	
Transporte para Tratamento Fisioterápico	R\$ 35,00 por dia (máximo de 20 dias úteis ao ano)	
Aulas Domiciliares	R\$ 500,00 ao ano*	
Aulas de Reforço	R\$ 500,00 ao ano*	

Limitada a 02 (duas) intervenções ao ano.

(*) Limites não cumulativos.

ASSISTÊNCIA REDE DE DESCONTOS	LIMITES	ABRANGÊNCIA
Descontos e vantagens ao Segurado nos seguintes estabelecimentos: <ul style="list-style-type: none"> - Editora; - Escolas de Idiomas; - Escolas de Informática; - Escolas de Desenho/Design; - Escolas de Música; - Escolas de Fotografia e Cinema; - entre outros. 	Sem limite	Brasil

ASSISTÊNCIA saber24horas	LIMITES	ABRANGÊNCIA
<i>Tira-Dúvidas</i>	48 perguntas/ano	Brasil
Aulas on-line sobre todas as disciplinas, do 5º Ano do Ensino Fundamental ao Vestibular	Sem limite, respeitada a agenda	
Acesso a Conteúdos para Revisão de Matérias (do 1º Ano do Ensino Fundamental ao Vestibular)	Sem limite	
<i>Exercícios Virtuais</i>	Sem limite	
<i>Acesso a Banco de Imagens</i>	Sem limite	
Acesso à Ferramenta para Pesquisa Educacional	Sem limite	
Acesso a Planos de Estudo	Sem limite	
Atividades para Pré-Escola	Sem limite	
Pré-Vestibular	Sem limite	
Educação dos Filhos	Sem limite	
Finanças Pessoais	Sem limite	
Saúde e Bem-Estar	Sem limite	
Desenvolvimento Pessoal e Profissional	Sem limite	