

DADOS DO(A) SEGURADO(A)/ESTIPULANTE

Nome do(a) Segurado(a)/Estipulante	CPF/CNPJ
FUNDACAO DRACENENSE DE ED. E CULTURA	49.845.878/0001-17

Endereço

AV ALCIDES CHACON COUTO, 395

Bairro	CEP	E-mail
CENTRO	17900-000	

Cidade	UF	Telefone/Fax
DRACENA	SP	0-XX-11 2665-1388/0-XX- -

DADOS DA APÓLICE

Apólice	Endosso	Nº do Contrato	Proposta
82-48-005.406		33608235 / 1	6805

Vigência do Seguro	Data de Emissão
Das 24:00hs de 01/01/2017 às 24:00hs de 01/01/2018	01/02/2017

DADOS DO SEGURO

Agrup.	Nome
001	FUNDACAO DRACENENSE DE ED. E CULTURA

Endereço	CEP
AV ALCIDES CHACON COUTO, 395	17900-000

Cidade	UF	Renova Apólice Nº	Seguradora
DRACENA	SP		

COBERTURAS

Coberturas Contratadas
 MORTE ACIDENTAL
 DESPESAS MEDICAS HOSP E ODONTOLOGICAS
 INVALIDEZ PERM. TOTAL POR ACIDENTE

SERVIÇOS COMPLEMENTARES
ASSISTENCIA ESCOLAR
Ramo da cobertura contratada

Coberturas Contratadas	Código/Ramo
MORTE ACIDENTAL	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE
DESPESAS MEDICAS HOSP E ODONTOLOGICAS	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE
INVALIDEZ PERM. TOTAL POR ACIDENTE	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE

DADOS DO SEGURO

Agrup.	Nome
002	ASSOCIACAO DOS FUNCIONARIOS DA FUNDEC

Endereço	CEP
RUA BAHIA, 332	17900-000

Cidade	UF	Renova Apólice Nº	Seguradora
DRACENA	SP		

COBERTURAS

Coberturas Contratadas
 MORTE ACIDENTAL
 DESPESAS MEDICAS HOSP E ODONTOLOGICAS
 INVALIDEZ PERM. TOTAL POR ACIDENTE

SERVIÇOS COMPLEMENTARES**ASSISTENCIA ESCOLAR****Ramo da cobertura contratada**

Coberturas Contratadas	Código/Ramo
MORTE ACIDENTAL	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE
DESPESAS MEDICAS HOSP E ODONTOLOGICAS	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE
INVALIDEZ PERM. TOTAL POR ACIDENTE	82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE

OBSERVAÇÕES

TRATA-SE DE RENOVACAO DA APOLICE 8248004689 EMITIDA EM 01/01/2016, CONFORME EXIGENCIAS DA SUSEP.

CONDICOES PARTICULARES APLICAVEIS A APOLICE DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS ESCOLAR**1. OBJETIVO DO SEGURO**

O OBJETIVO DO SEGURO E GARANTIR AO SEGURADO OU AO BENEFICIARIO, O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, EM CASO DE OCORRENCIA DE UM DOS EVENTOS COBERTOS PELO SEGURO, RESPEITADOS OS RISCOS EXCLUIDOS.

2. CONCEITO DO SEGURO

ACIDENTE PESSOAL COBERTO : PARA FINS DESTE SEGURO, CONSIDERA-SE ACIDENTE PESSOAL COBERTO , O EVENTO COM DATA CARACTERIZADA, EXCLUSIVA E DIRETAMENTE EXTERNO, SUBITO, INVOLUNTARIO E VIOLENTO, CAUSADOR DE LESAO FISICA QUE, POR SI SO E INDEPENDENTEMENTE DE TODA E QUALQUER OUTRA CAUSA, TENHA COMO CONSEQUENCIA DIRETA A MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO.

3. GRUPO SEGURADO

PARA FINS DESTE SEGURO, SEGURADO SERA SEMPRE O ALUNO DEVIDAMENTE MATRICULADO NA ENTIDADE DE ENSINO. OS DIRETORES, PROFESSORES E FUNCIONARIOS DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO, PODERAO ADERIR AO SEGURO, SENDO QUE OS MESMOS TERAO DIREITO AS GARANTIAS CONSTANTES DO ITEM 4 A, B E C E AO SERVICO DE ASSISTENCIA FUNERAL. CASO HAJA OPCAO DE CONTRATAcao PARA OS DIRETORES, PROFESSORES E FUNCIONARIOS, A ADESAO AO SEGURO DEVERA SER EXTENSIVA A TODOS.

4. BENEFICIARIO

E O ALUNO QUE ESTIVER REGULARMENTE MATRICULADO JUNTO A ENTIDADE DE ENSINO, DIRETORES, PROFESSORES E DEMAIS FUNCIONARIOS QUE ADERIREM A APOLICE. PARA A COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL, O BENEFICIARIO DO SEGURO SERA AQUELE INDICADO PELO EDUCANDO, DIRETORES, PROFESSORES E DEMAIS FUNCIONARIOS. NA FALTA DE INDICACAO, APLICAR-SE-A O QUE DISPUSER A LEGISLACAO VIGENTE A EPOCA DO EVENTO.

5. COBERTURAS DO SEGURO

- A. MORTE ACIDENTAL (MAC)
- B. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA)
- C. DESPESAS MEDICO-HOSPITALARES ODONTOLOGICAS (D.M.H.O)

6. ASSISTENCIA ESCOLAR

EM TODOS OS CASOS DE ACIDENTES OCORRIDOS, DENTRO OU FORA DA ESCOLA, HAVERA A PRESTACAO DAS SEGUINTESS ASSISTENCIAS, QUE DEVERAO SER ACIONADAS ATRAVES DE CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800 707 7116:

AULAS PARTICULARES

EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO COMPROVADO POR ATESTADO MEDICO EM QUE O ALUNO PERMANECA MAIS DE 5 (CINCO) DIAS UTEIS AFASTADO DA ESCOLA, A CENTRAL DE ATENDIMENTO

PROVIDENCIARA OS SERVICOS DE PROFESSOR PARTICULAR PARA CONTINUIDADE DAS MATERIAS EM ANDAMENTO, DURANTE O PERIODO DE AFASTAMENTO E RESPEITADO O PERIODO DE VIGENCIA DA APOLICE.

O LIMITE MAXIMO DE PAGAMENTO E DE R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR HORA, POR NO MAXIMO 2 (DUAS) HORAS POR AULA/DIA, RESPEITADO O LIMITE MAXIMO DE R\$ 300,00 (TREZENTOS REAIS), POR EVENTO.

IMPORTANTE:

O ATESTADO MEDICO DEVERA ESPECIFICAR O DIAGNOSTICO E O TEMPO DE RESTABELECIMENTO DO ALUNO, COM A ASSINATURA E O CARIMBO DO CRM DO MEDICO, EM PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL OU DA CLINICA. O PROFESSOR PARTICULAR DEVERA SER HABILITADO A EXERCER TAL FUNCAO COM DOCUMENTOS COMPROBATORIOS.

A CARGA HORARIA DO PROFESSOR SE LIMITARA A CARGA HORARIA EM VIGOR NA ESCOLA. ESTE REEMBOLSO E LIMITADO AOS ALUNOS DEVIDAMENTE MATRICULADOS A PARTIR DE 5 ANOS, SENDO EXCLUIDAS AS CRECHES, BERCARIOS, MATERNAIS E ESCOLAS DE RECREACAO.

AULAS DE REFORCO

A CENTRAL DE ATENDIMENTO, POR RECOMENDACAO DA ESCOLA, PROVIDENCIARA AULAS DE REFORCO AO ALUNO, APOS SEU RETORNO A ESCOLA QUANDO SUAS NOTAS, NAS AVALIACOES CURRICULARES, ESTIVEREM ABAIXO DA MEDIA EM VIRTUDE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO COMPROVADO POR ATESTADO MEDICO E RESPEITADO O PERIODO DE VIGENCIA DA APOLICE.

O LIMITE MAXIMO DE PAGAMENTO E DE R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR HORA, POR NO MAXIMO 2 (DUAS) HORAS POR AULA/DIA, RESPEITADO O LIMITE DE R\$ 300,00 (TREZENTOS REAIS), POR EVENTO.

O BOLETIM ESCOLAR DEVERA SER APRESENTADO PARA COMPROVACAO DA PERDA DE MEDIA, ESTABELECIDA PELA ENTIDADE DE ENSINO.

PERDA DO ANO LETIVO

CASO O ALUNO VENHA A PERDER O ANO LETIVO EM FUNCAO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, E DESDE QUE ATESTADO PELA PROPRIA ENTIDADE DE ENSINO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARA O REEMBOLSO DAS MENSALIDADES JA PAGAS NO PERIODO, OBSERVANDO-SE O LIMITE DE ATE R\$ 300,00 (TREZENTOS REAIS) E DESDE QUE O ACIDENTE PESSOAL COBERTO E AS MENSALIDADES DE REEMBOLSO ESTEJAM DENTRO DA VIGENCIA DA APOLICE.

TRANSPORTE

EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO EM QUE SEJA IMPOSSIVEL A LOCOMOCAO DO SEGURADO, POR RECOMENDACAO MEDICA, E DESDE QUE O AFASTAMENTO SEJA SUPERIOR A 5 (CINCO) DIAS UTEIS, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARA TRANSPORTE DE IDA E VOLTA NAS SEGUINTE SITUACOES:

ENTRE A RESIDENCIA E A ESCOLA O LIMITE MAXIMO DE REEMBOLSO SERA DE ATE R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR DIA, POR NO MAXIMO, 30 (TRINTA) DIAS.

ENTRE A RESIDENCIA E A CLINICA OU HOSPITAL PARA TRATAMENTO FISIOTERAPICO O LIMITE MAXIMO DE REEMBOLSO SERA DE R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR DIA, ATE O MAXIMO DE 20 (VINTE) SESSOES. DEVERA SER APRESENTADO O PEDIDO MEDICO DAS SESSOES FISIOTERAPICAS.

ENTENDE-SE POR IMPOSSIBILIDADE DE LOCOMOCAO, A LIMITACAO FISICA.

REMOCAO DE EMERGENCIA

SE O SEGURADO FOR VITIMA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO QUE NECESSITE HOSPITALIZACAO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARA A REMOCAO DESTA EM AMBULANCIA POR VIA TERRESTRE ATE O CENTRO MEDICO HOSPITALAR MAIS PROXIMO.



203356082351

IMPORTANTE: A CENTRAL DE ATENDIMENTO INTERVIRA APOS AS MEDIDAS DE PRIMEIROS SOCORROS TEREM SIDO TOMADAS E, SE FOR O CASO, MEDIANTE AUTORIZACAO LEGAL FORMALIZADA. SE NECESSARIO E QUANDO SOLICITADO A CENTRAL DE ATENDIMENTO REALIZARA, APOS TEREM SIDO TOMADAS AS PROVIDENCIAS DE PRIMEIROS SOCORROS E LIBERACAO NO LOCAL POR PARTE DO MEDICO RESPONSAVEL, A REMOCAO DO SEGURADO EM CASO DE LESAO CAUSADA POR ACIDENTE, ATE O HOSPITAL, CLINICA OU MEDICO MAIS PROXIMO CAPACITADO PARA REALIZACAO DO ATENDIMENTO, CONFORME REFERENCIA DA EQUIPE MEDICA TRATANTE, A QUAL CABE RESERVAR VAGA EM NOME DO SEGURADO E RESPONSABILIZAR-SE PELA LIBERACAO DO MESMO, CONFORME ETICA MEDICA.

REMOCAO HOSPITALAR

SE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, O SEGURADO FOR HOSPITALIZADO E NECESSITAR DE REMOCAO PARA HOSPITAL TECNICAMENTE CAPACITADO, DESDE QUE HAJA A JUSTIFICATIVA DO MEDICO ASSISTENTE ATESTANDO QUE O HOSPITAL EM QUE SE ENCONTRA E TECNICAMENTE INADEQUADO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO SE RESPONSABILIZARA PELA SUA TRANSFERENCIA PARA O HOSPITAL MAIS PROXIMO DESDE QUE O QUADRO CLINICO SE ENCONTRE ESTABILIZADO, ATRAVES DO MEIO DE TRANSPORTE QUE A EQUIPE MEDICA DA CENTRAL DE ATENDIMENTO EM COMUM ACORDO COM O MEDICO QUE ATENDE O SEGURADO, CONSIDERAR MAIS APROPRIADO, SEJA POR AMBULANCIA, CARRO SIMPLES, AVIAO COMERCIAL QUANDO PERMITIDO PELAS COMPANHIAS AEREAS DISPONIVEIS (DEVIDAMENTE EQUIPADOS, COM APARELHAGEM MEDICA AUXILIAR) OU AVIAO UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA). CASO SEJA DETERMINADA ATRAVES DE INDICACAO CLINICA E DE COMUM ACORDO ENTRE O MEDICO E O DEPARTAMENTO MEDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, O SEGURADO PODERA SER ACOMPANHADO POR UM MEDICO OU ENFERMEIRO DESIGNADO PELO DEPARTAMENTO MEDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO. A CENTRAL DE ATENDIMENTO NAO GARANTIRA A INTERVENCAO (VAGAS EM HOSPITAL), FICANDO A BUSCA E RESERVA POR CONTA DO SEGURADO E/OU DO MEDICO DE SEUS ACOMPANHANTES OU FAMILIARES, DEVENDO A RESPONSABILIDADE DA CENTRAL DE ATENDIMENTO LIMITAR-SE A REMOCAO. A REMOCAO SOMENTE SERA AUTORIZADA SE A EQUIPE MEDICA, ATRAVES DE RELATORIO COM JUSTIFICATIVA DO MEDICO-ASSISTENTE CONSIDERANDO O LOCAL DA INTERNACAO TECNICAMENTE INADEQUADO PARA O TRATAMENTO NECESSARIO.

RETORNO A DOMICILIO APOS ALTA HOSPITALAR EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO SE O SEGURADO, APOS TER RECEBIDO ALTA HOSPITALAR, NAO SE ENCONTRAR EM CONDICoes DE RETORNAR AO SEU DOMICILIO (A SUA RESIDENCIA HABITUAL) COMO PASSAGEIRO REGULAR, A CENTRAL DE ATENDIMENTO, A CRITERIO DA SUA EQUIPE MEDICA ORGANIZARA O RETORNO DO SEGURADO (DESDE QUE O PROCEDIMENTO SEJA EFETUADO INTEGRALMENTE PELA CENTRAL DE ATENDIMENTO) PELO MEIO DE TRANSPORTE MAIS ADEQUADO. O SERVICO INCLUI A ORGANIZACAO DA VIAGEM DE RETORNO COM COORDENACAO NO EMBARQUE E NA CHEGADA, COM A INFRA-ESTRUTURA NECESSARIA: ADEQUACAO DO MEIO DE TRANSPORTE ELEITO, ATRAVES DE COMPLEMENTACAO TECNOLOGICA DA APARELHAGEM MEDICA NECESSARIA (MONTAGEM DE UTI QUANDO NECESSARIA), ACOMPANHAMENTO MEDICO E/OU DE ENFERMEIRA, AMBULANCIAS, UTI MOVEL. O RETORNO DEVERA SER FEITO MEDIANTE INDICACAO DA EQUIPE MEDICA, DESDE QUE CLINICAMENTE JUSTIFICAVEL. CASO OCORRAM DIVERGENCIAS ENTRE OS PARECERES, O DEPARTAMENTO MEDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, ESPECIALIZADO EM CUIDADOS INTENSIVOS, ESTARA APTO A DIRIMI-LAS.

ASSISTENCIA MEDICA E HOSPITALAR

SE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, O SEGURADO NECESSITAR DE TRATAMENTO EMERGENCIAL OU DE URGENCIA, A CENTRAL DE ATENDIMENTO GARANTIRA A PRESTACAO DOS SERVICOS ATE O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, POR EVENTO,

DESDE QUE TENHA HAVIDO SOLICITACAO PREVIA DE INTERMEDIACAO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO QUANTO A INDICACAO E COORDENACAO DO SERVICO EXECUTANTE.

ESTE LIMITE REFERE-SE A DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA AREA MEDICA, E AFINS, BEM COMO DIARIAS HOSPITALARES, SERVICOS DE ENFERMAGEM, EXAMES MEDICOS COMPLEMENTARES, RESSALVANDO-SE OS CASOS EM QUE O SEGURADO TENHA DIREITO A RESTITUICAO DESTES GASTOS POR QUALQUER OUTRA FONTE (EX.: PLANO DE SAUDE), QUANDO A CENTRAL DE ATENDIMENTO PAGARA SOMENTE A DIFERENCA ENTRE O REEMBOLSO E CUSTO REAL, DENTRO DOS LIMITES CONTRATUAIS.

QUANDO DA OCORRENCIA DO EVENTO , DENTRO OU FORA DA ESCOLA, SERA UTILIZADO COMO REFERENCIA PARA PAGAMENTO DAS DESPESAS A TABELAS DE PROCEDIMENTO DA ASSOCIACAO MEDICA BRASILEIRA AMB, PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS MEDICOS.

TRANSMISSAO DE MENSAGENS URGENTES

A CENTRAL DE ATENDIMENTO TRANSMITIRA MENSAGENS URGENTES, DESDE QUE RELACIONADAS A UM CASO DE ASSISTENCIA, AO RESPONSAVEL LEGAL DO SEGURADO, DESDE QUE RESIDENTE NO BRASIL, MEDIANTE SOLICITACAO DESTA.

TRATAMENTO FISIOTERAPICO

SE EM DECORRENCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, E APOS A UTILIZACAO DO SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICA FORNECIDA PELA CENTRAL DE ATENDIMENTO, APOS ALTA HOSPITALAR, HOVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO FISIOTERAPICO, DEVIDAMENTE COMPROVADO ATRAVES DE SOLICITACAO DO MEDICO QUE ATENDEU O SEGURADO DURANTE UTILIZACAO DO SERVICO DE ASSISTENCIA MEDICA, E EM COMUM ACORDO COM A EQUIPE MEDICA DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, SERA PROPORCIONADO AO SEGURADO, O ATENDIMENTO DE 20 (VINTE) SESSOES FISIOTERAPICAS POR EVENTO NO VALOR DE R\$ 20,00 (VINTE REAIS) CADA.

IMPORTANTE:

ESTE SERVICO INCLUI APENAS O PAGAMENTO DAS SESSOES DE FISIOTERAPIA, ESTANDO EXCLUIDAS, DESPESAS COM ALIMENTACAO, TRANSPORTE OU QUALQUER TIPO DE MATERIAL OU ACESSORIO QUE VENHA A SER NECESSARIO PARA COMPLEMENTAR O TRATAMENTO FISIOTERAPICO DO SEGURADO.

ASSISTENCIA FUNERAL

EM CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO, EM DECORRENCIA DE ACIDENTE, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARA A ORGANIZACAO DOS SERVICOS DE TRASLADO, FUNERAL, CREMACAO E SEPULTAMENTO.

OS SERVICOS ESTAO LIMITADOS EM R\$ 3.000,00 (TRES MIL REAIS).

7. RISCOS EXCLUIDOS

- A) REALIZACAO DE EXAMES INVESTIGATIVOS EM DECORRENCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.
- B) SERVICOS SOLICITADOS DIRETAMENTE PELO USUARIO, SEM PREVIO CONSENTIMENTO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, EXCETO NOS CASOS DE FORCA MAIOR OU IMPOSSIBILIDADE MATERIAL COMPROVADA.
- C) ASSISTENCIA A TODA E QUALQUER CONSEQUENCIA RESULTANTE DE MORTE OU LESOES CAUSADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATIVIDADES CRIMINOSAS OU DOLOSAS DO SEGURADO.
- D) ASSISTENCIA POR DOENCAS OU ESTADOS PATOLOGICOS PRODUZIDOS POR CONSUMO VOLUNTARIO DE ALCOOL, DROGAS, PRODUTOS TOXICOS, NARCOTICOS OU MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SEM RECOMENDACAO MEDICA.
- E) DESPESAS COM AQUISICAO DE MATERIAIS DE OSTEOSSINTESE (SINTESE OSSEA), TAIS COMO: PLACAS, HASTES, PARAFUSOS, PINOS, FIOS METALICOS, ENTRE OUTROS, BEM COMO, COM AQUISICAO ORTESES, PROTESES (SALVO AS PROTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS), MULETA, IMOBILIZADOR

SINTETICO, GESSO SINTETICO (SOMENTE AUTORIZADO GESSO SINTETICO SE O USUARIO FOR ALERGICO A OUTRO MATERIAL, MEDIANTE INDICACAO MEDICA), CADEIRA DE RODAS, ARTEFATOS DENTARIOS, ENTRE OUTROS, ALEM DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS NAO CONSIDERADOS ESSENCIAIS PARA O PROCEDIMENTO CIRURGICO.

F) ATOS DE TERRORISMO, REVOLTAS POPULARES, GREVES, SABOTAGEM, GUERRAS E QUAISQUER PERTURBACOES DE ORDEM PUBLICA.

G) ATOS OU ATIVIDADES DAS FORCAS ARMADAS OU DE FORCAS DE SEGURANCA EM TEMPOS DE PAZ.

H) OS EVENTOS QUE TENHAM POR CAUSA IRRADIACOES PROVENIENTES DA TRANSMUTACAO OU DESINTEGRACAO NUCLEAR OU DA RADIOATIVIDADE.

I) EVENTOS DECORRENTES DE FENOMENOS DA NATUREZA, DE CARATER EXTRAORDINARIO, TAIS COMO: INUNDACOES, TERREMOTOS, ERUPCOES VULCANICAS, TEMPESTADE CICLONICAS ATIPICAS, MAREMOTOS, QUEDAS DE CORPOS SIDERAIS, METEORITOS, ETC.

J) QUALQUER TIPO DE HERNIA E SUAS CONSEQUENCIAS.

K) ASSISTENCIA A EVENTOS DECORRENTES DE PARTO E SUAS CONSEQUENCIAS.

L) AS PERTURBACOES E INTOXICACOES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPECIE, BEM COMO AS INTOXICACOES DECORRENTES DE ACAO DE PRODUTOS QUIMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MEDICO, EM DECORRENCIA DE ACIDENTE COBERTO.

M) ASSISTENCIA A EVENTOS DECORRENTES DE SUICIDIO, TENTATIVA DE SUICIDIO E CONSEQUENCIAS DELES DECORRENTES.

N) ASSISTENCIA A EVENTOS RELACIONADOS A CHOQUE ANAFILATICO E SUAS CONSEQUENCIAS.

O) ASSISTENCIA A EVENTOS RELACIONADOS A CAUSAS NAO TRAUMATICAS (DOENCAS, DORES MUSCULARES, MAU JEITO, TORCICOLO).

8. CAPITAL SEGURADO

O CAPITAL SEGURADO CORRESPONDE:

COBERTURA: MORTE ACIDENTAL (MAC)

CAPITAL SEGURADO: R\$ 15.000,00

COBERTURA: INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA)

CAPITAL SEGURADO: R\$ 15.000,00

COBERTURA DESPESAS MEDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLOGICAS (D.M.H.O.)

CAPITAL SEGURADO: R\$ 15.000,00

9. CUSTO MENSAL INDIVIDUAL DO SEGURO

O CUSTO MENSAL INDIVIDUAL DO SEGURO, CONTEMPLANDO O CONJUNTO DE COBERTURAS E SERVICOS CONTRATADOS SERA DE R\$ 3,42

10. INICIO DE VIGENCIA DO SEGURO

PARA INICIO DE VIGENCIA DO SEGURO, BASTA PREENCHER OS DADOS DO ANEXO I, E ENCAMINHAR COPIA DESTA PROPOSTA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO ESTABELECIMENTO DE ENSINO E PELO CORRETOR A SEGURADORA.

11. ADESAO E ACEITACAO DE SEGURADOS

A ADESAO DOS PROPONENTES AO SEGURO SERA FEITA MEDIANTE PROTOCOLO DA RELACAO NOMINAL

OU RECEBIMENTO DO ARQUIVO ELETRONICO, PELA SEGURADORA, CONFORME DISPOSICAO ABAIXO, CONTENDO OS DADOS DOS ALUNOS E DOS PROFESSORES, FUNCIONARIOS E DIRETORES DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO.

MATRICULA; NOME; DT.; NASC.; CPF; RG; ORG. ; EXP; DT EXP
; CAPITAL

OBS.: DEVERA SER RIGOROSAMENTE OBSERVADO O NUMERO DE MATRICULA DO ALUNO, PARA QUE NAO HAJA REPETICOES DE NUMEROS. NAO UTILIZAR ACENTOS, SIMBOLOS, CEDILHAS, HIFENS. E IMPORTANTE RESSALTAR QUE A COBERTURA DO SEGURO, BEM COMO A PRESTACAO DOS SERVICOS DE ASSISTENCIA, ATRAVES DE CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800, SERAO CONFIRMADOS MEDIANTE O CORRETO ENCAMINHAMENTO DOS DADOS CADASTRAIS ACIMA.

12. DADOS PARA EMISSAO E VENCIMENTO DAS FATURAS MENSAS APOS O INICIO DE VIGENCIA DA APOLICE, AS MOVIMENTACOES (INCLUSOES E EXCLUSOES) DE SEGURADOS NO FATURAMENTO DEVERAO SER ENCAMINHADAS NA MESMA DISPOSICAO DO ITEM ANTERIOR, IMPRETERIVELMENTE, ATE O DIA 10 DO MES DA SEGUINTE DE VIGENCIA DO RISCO, ATRAVES DE ARQUIVO ELETRONICO. EM CASO DE NAO RECEBIMENTO, A SEGURADORA PROCESSARA EMISSAO DA FATURA COM BASE NOS DADOS CADASTRAIS DO MES ANTERIOR. O VENCIMENTO DAS FATURAS OCORRERA TODO DIA 25 DO MES SEGUINTE AO DE VIGENCIA DO RISCO.

13. PREMIO MINIMO MENSAL

O PREMIO MINIMO POR FATURA MENSAL SERA EQUIVALENTE AO PRODUTO DO PREMIO MENSAL INDIVIDUAL PELA QUANTIDADE DE ALUNOS SEGURADOS, OBSERVANDO-SE O VALOR MINIMO DE R\$ 200,00 (DUZENTOS REAIS).

14. LIMITE DE IDADE

DESDE O INICIO DA VIGENCIA SERA OBSERVADO O LIMITE DE 65 (SESSENTA E CINCO) ANOS DE IDADE PARA INGRESSO NO SEGURO.

15. ACEITACAO E MANUTENCAO

PARA ACEITACAO E MANUTENCAO DESTE SEGURO SERA NECESSARIA ADESAO DE 100% DO GRUPO SEGURAVEL.

16. DEMAIS CONDICOES

PERMANECEM INALTERADAS AS DEMAIS CONDICOES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS ESCOLAR, PROTOCOLADAS NA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS PRIVADOS (SUSEP), SOB O N 15414.100930/2003-29.

EMISSAO SEM MOVIMENTO DE PREMIO

DADOS DO CORRETOR

Corretor				CPF/CNPJ
EQUIPE MUNISEG CORRETORA DE SEGUROS LTDA				09.403.479/0001-81
Cód SUSEP	Cód Liberty	Estab.	% PART.	Telefone
0100603872	99021176	0001	0.00%	0-XX-18 3821-3808

DADOS DA FILIAL

Filial	CNPJ	SAC (reclamações e cancelamento)
PRESIDENTE PRUDENTE	61.550.141/0119-64	0800-726-1981
Endereço	Bairro	CEP
RUA SIQUEIRA CAMPOS, 326	BOSQUE	19010-060

Cidade	UF	Central de Atendimento
PRESIDENTE PRUDENTE	SP	4004-5423 Capitais e Reg.Metrop. 0800-709-5423 Demais Regiões

SUSEP

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

Para conferir as informações sobre o(s) produto(s) de seguro vinculado(s) à apólice acesse: www.susep.gov.br. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Telefone de Atendimento Exclusivo ao Consumidor (9h30 às 17h): 0800 021 8484.

LEMBRE-SE

Os termos que regem as coberturas contratadas aqui referidas e expressamente descritas nesta apólice encontram-se especificados nas Condições Gerais do Seguro, disponíveis no site www.libertyseguros.com.br. Em caso de dúvidas ou divergências, entre em contato com seu Corretor de seguros ou, se preferir, utilize nosso canal de comunicação com o Segurado(a): faleconosco@libertyseguros.com.br.

A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão de processos, caso o cliente não concorde com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994, ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 – 11º andar – São Paulo/SP – CEP 04571-020 – a/c Ouvidoria.

A Liberty Seguros emitiu este documento baseando-se na proposta apresentada pelo Segurado, e sua veracidade e correção é imprescindível e muito importante para garantia das coberturas contratadas. Por esta razão, confira todas as informações grafadas na presente apólice e, caso haja a necessidade de ser efetuada qualquer alteração ou retificação de dados, comunique este fato ao seu Corretor. Lembramos ainda que toda e qualquer alteração nas informações que ocorra posteriormente também deve ser comunicada, podendo inclusive gerar a emissão de endosso de cobrança ou restituição de prêmio, conforme o caso.

O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte daquela autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Atestamos a validade do presente contrato e assinamos esta apólice na cidade de São Paulo/SP, em 1 de Fevereiro de 2017.



Marcos Machini
Vice-Presidente Comercial