



Liberty Escolar

Apólice - Ramo 82 Acidentes Pessoais Bilhete

DADOS DO(A) SEGURADO(A)/ESTIPULANTE

Nome do(a) Segurado(a)/Estipulante
FACULDADE DE HORIZONTINA LTDA

CPF/CNPJ
96.746.441/0013-40

Endereço

AVENIDA DOS IPES, 565

Bairro

CENTRO

CEP

98920-000

E-mail

susete@cmcseguros.com.br

Cidade

HORIZONTINA

UF

RS

Telefone/Fax

0-XX-55 3537-1585/0-XX- -

DADOS DA APÓLICE

Apólice

82-02-001.815

Endosso

Nº do Contrato

42665065 / 1

Proposta

47

Vigência do Seguro

Das 24:00hs de 01/01/2019 às 24:00hs de 01/01/2020

Data de Emissão

10/12/2018

DADOS DO SEGURO

Agrup.

001

Nome

FACULDADE DE HORIZONTINA LTDA

Endereço

AVENIDA DOS IPES, 565

CEP

98920-000

Cidade

HORIZONTINA

UF

RS

Renova Apólice Nº

8202001810

Seguradora

LIBERTY SEGUROS S/A

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

MORTE ACIDENTAL

DESPESAS MEDICAS HOSP E ODONTOLOGICAS

INVALIDEZ PERM. TOTAL POR ACIDENTE

Código/Ramo

82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE

82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE

82 - ACIDENTES PESSOAIS BILHETE

OBSERVAÇÕES

TRATA-SE DE RENOVAÇÃO DA APÓLICE 8202001810 , EMITIDA EM 01/01/2018 .

1. OBJETIVO DO SEGURO

O OBJETIVO DO SEGURO É GARANTIR AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO, O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, EM CASO DE OCORRÊNCIA DE UM DOS EVENTOS COBERTOS PELO SEGURO, RESPEITADOS OS RISCOS EXCLUÍDOS.

2. CONCEITO DO SEGURO

ACIDENTE PESSOAL COBERTO: PARA FINS DESTES SEGURO, CONSIDERA-SE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, O EVENTO COM DATA CARACTERIZADA, EXCLUSIVA E DIRETAMENTE EXTERNO, SÚBITO, INVOLUNTÁRIO E VIOLENTO, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA QUE, POR SI SÓ E INDEPENDENTEMENTE DE TODA E QUALQUER OUTRA CAUSA, TENHA COMO CONSEQÜÊNCIA DIRETA A MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO, A INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE E DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (D.M.H.O).

3. GRUPO SEGURADO

PARA FINS DESTES SEGURO, SEGURADO SERÁ SEMPRE O ALUNO DEVIDAMENTE MATRICULADO NA

ENTIDADE DE ENSINO.

OS DIRETORES, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO, PODERÃO ADERIR AO SEGURO, SENDO QUE OS MESMOS TERÃO DIREITO ÀS GARANTIAS CONSTANTES DO ITEM 5 A, B E C E AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.

CASO HAJA OPÇÃO DE CONTRATAÇÃO PARA OS DIRETORES, PROFESSORES E FUNCIONÁRIOS, A ADESÃO AO SEGURO DEVERÁ SER EXTENSIVA À TODOS.

4. BENEFICIÁRIO

É O ALUNO QUE ESTIVER REGULARMENTE MATRICULADO JUNTO À ENTIDADE DE ENSINO, DIRETORES, PROFESSORES E DEMAIS FUNCIONÁRIOS QUE ADERIREM À APÓLICE. PARA A COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL, O BENEFICIÁRIO DO SEGURO SERÁ AQUELE INDICADO PELO EDUCANDO, DIRETORES, PROFESSORES E DEMAIS FUNCIONÁRIOS. NA FALTA DE INDICAÇÃO, APLICAR-SE-Á O QUE DISPUSER A LEGISLAÇÃO VIGENTE À ÉPOCA DO EVENTO.

5. COBERTURAS DO SEGURO

a. MORTE ACIDENTAL (MAC) – GARANTE AOS BENEFICIÁRIOS O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, EM CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO DECORRENTE EXCLUSIVAMENTE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO PELO SEGURO.

PARA OS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS, ESTA COBERTURA DESTINA-SE AO REEMBOLSO DAS DESPESAS COM FUNERAL, QUE DEVEM SER COMPROVADAS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE CONTAS ORIGINAIS ESPECIFICADAS, QUE PODEM SER SUBSTITUÍDAS, A CRITÉRIO DA SEGURADORA, POR OUTROS COMPROVANTES SATISFATÓRIOS, OBSERVANDO-SE QUE:

 INCLUEM-SE ENTRE AS DESPESAS COM FUNERAL AS HAVIDAS COM O TRASLADO; E
 NÃO ESTÃO COBERTAS AS DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE TERRENOS, SEPULTURAS, JAZIGOS OU CARNEIROS E OUTROS SIMILARES.

b. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (I.P.T.A.): GARANTE AO PRÓPRIO SEGURADO, O PAGAMENTO DE UMA INDENIZAÇÃO EQUIVALENTE A 100% DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, EM CASO DE PERDA DEFINITIVA E TOTAL DOS MEMBROS, ÓRGÃOS OU FUNÇÕES, CONFORME DESCRITO NA TABELA A SEGUIR, EM VIRTUDE DE LESÃO FÍSICA DEVIDAMENTE ATESTADA POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO, CAUSADA POR ACIDENTE; EXCETO SE DECORRENTE DE RISCOS EXCLUÍDOS E DESDE QUE OBSERVADAS AS DEMAIS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO:

DESCRIÇÃO	% SOBRE CAP. SEGURADO
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 UM DOS PÉS.....	100
PERDA TOTAL DO USO DE AMBOS OS PÉS	100
ALIENAÇÃO MENTAL TOTAL E INCURÁVEL.....	100
NEFRECTOMIA BILATERAL.....	100

c. DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (D.M.H.O) – GARANTE O REEMBOLSO DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS INCORRIDAS NO TRATAMENTO SOB ORIENTAÇÃO MÉDICA, EM CONSEQÜÊNCIA DIRETA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, DENTRO DO PERÍODO DE COBERTURA DA APÓLICE E DESDE QUE INICIADO NOS 30 (TRINTA) PRIMEIROS DIAS CONTADOS DO ACIDENTE, ATÉ O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO.

6. ASSISTÊNCIA ESCOLAR

EM TODOS OS CASOS DE ACIDENTES OCORRIDOS, DENTRO OU FORA DA ESCOLA, HAVERÁ A PRESTAÇÃO DAS SEGUINTE ASSISTÊNCIAS, QUE DEVERÃO SER ACIONADAS ATRAVÉS DE CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800 707 7116:

PERDA DO ANO LETIVO

CASO O ALUNO VENHA A PERDER O ANO LETIVO EM FUNÇÃO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, E DESDE QUE ATESTADO PELA PRÓPRIA ENTIDADE DE ENSINO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARÁ O REEMBOLSO DAS MENSALIDADES JÁ PAGAS NO PERÍODO, OBSERVANDO-SE O LIMITE DE ATÉ R\$ 300,00 (TREZENTOS REAIS) E DESDE QUE O ACIDENTE PESSOAL COBERTO E AS MENSALIDADES DE REEMBOLSO ESTEJAM DENTRO DA VIGÊNCIA DA APÓLICE.

AULAS PARTICULARES

EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO COMPROVADO POR ATESTADO MÉDICO EM QUE O ALUNO PERMANEÇA MAIS DE 5 (CINCO) DIAS ÚTEIS AFASTADO DA ESCOLA, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARÁ OS SERVIÇOS DE PROFESSOR PARTICULAR PARA CONTINUIDADE DAS MATÉRIAS EM ANDAMENTO, DURANTE O PERÍODO DE AFASTAMENTO E RESPEITADO O PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

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

IMPORTANTE:

- O ATESTADO MÉDICO DEVERÁ ESPECIFICAR O DIAGNÓSTICO E O TEMPO DE RESTABELECIMENTO DO ALUNO, COM A ASSINATURA E O CARIMBO DO CRM DO MÉDICO, EM PAPEL TIMBRADO DO HOSPITAL OU CLÍNICA.
- O PROFESSOR PARTICULAR DEVERÁ SER HABILITADO A EXERCER TAL FUNÇÃO COM DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS.
- A CARGA HORÁRIA DO PROFESSOR SE LIMITARÁ À CARGA HORÁRIA EM VIGOR NA ESCOLA.
- ESTE REEMBOLSO É LIMITADO AOS ALUNOS DEVIDAMENTE MATRICULADOS A PARTIR DE 5 ANOS, SENDO EXCLUÍDAS AS CRECHES, BERÇÁRIOS, MATERNAS E ESCOLAS DE RECREAÇÃO.

AULAS DE REFORÇO

A CENTRAL DE ATENDIMENTO, POR RECOMENDAÇÃO DA ESCOLA, PROVIDENCIARÁ AULAS DE REFORÇO AO ALUNO, APÓS SEU RETORNO À ESCOLA QUANDO SUAS NOTAS, NAS AVALIAÇÕES CURRICULARES, ESTIVEREM ABAIXO DA MÉDIA EM VIRTUDE DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, COMPROVADO POR ATESTADO MÉDICO E RESPEITADO O PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

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

O BOLETIM ESCOLAR DEVERÁ SER APRESENTADO PARA COMPROVAÇÃO DA PERDA DE MÉDIA, ESTABELECIDADA PELA ENTIDADE DE ENSINO

TRANSPORTE

EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO EM QUE SEJA IMPOSSÍVEL A LOCOMOÇÃO DO SEGURADO, POR RECOMENDAÇÃO MÉDICA, E DESDE QUE O AFASTAMENTO SEJA SUPERIOR A 5 (CINCO) DIAS ÚTEIS, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARÁ TRANSPORTE DE IDA E VOLTA NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

ENTRE A RESIDÊNCIA E A ESCOLA  O LIMITE MÁXIMO DE REEMBOLSO SERÁ DE ATÉ R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR DIA, POR NO MÁXIMO, 30 (TRINTA) DIAS.

ENTRE A RESIDÊNCIA E A CLÍNICA OU HOSPITAL PARA TRATAMENTO FISIOTERÁPICO  O LIMITE MÁXIMO DE REEMBOLSO SERÁ DE R\$ 30,00 (TRINTA) REAIS POR DIA, ATÉ O MÁXIMO DE 20 (VINTE) SESSÕES. DEVERÁ SER APRESENTADO O PEDIDO MÉDICO DAS SESSÕES FISIOTERÁPICAS.

ENTENDE-SE POR IMPOSSIBILIDADE DE LOCOMOÇÃO, À LIMITAÇÃO FÍSICA.

REMOÇÃO DE EMERGÊNCIA  SE O SEGURADO FOR VÍTIMA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO QUE NECESSITE HOSPITALIZAÇÃO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARÁ A REMOÇÃO DESTA EM AMBULÂNCIA POR VIA TERRESTRE ATÉ O CENTRO MÉDICO HOSPITALAR MAIS PRÓXIMO.

IMPORTANTE: A CENTRAL DE ATENDIMENTO INTERVIRÁ APÓS AS MEDIDAS DE PRIMEIROS SOCORROS TEREM SIDO TOMADAS E, SE FOR O CASO, MEDIANTE AUTORIZAÇÃO LEGAL FORMALIZADA.

SE NECESSÁRIO E QUANDO SOLICITADO A CENTRAL DE ATENDIMENTO REALIZARÁ, APÓS TEREM SIDO



TOMADAS AS PROVIDÊNCIAS DE PRIMEIROS SOCORROS E LIBERAÇÃO NO LOCAL POR PARTE DO MÉDICO RESPONSÁVEL, A REMOÇÃO DO SEGURADO EM CASO DE LESÃO CAUSADA POR ACIDENTE, ATÉ O HOSPITAL, CLÍNICA OU MÉDICO MAIS PRÓXIMO CAPACITADO PARA REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO, CONFORME REFERÊNCIA DA EQUIPE MÉDICA TRATANTE, À QUAL CABE RESERVAR VAGA EM NOME DO SEGURADO E RESPONSABILIZAR-SE PELA LIBERAÇÃO DO MESMO, CONFORME ÉTICA MÉDICA

REMOÇÃO HOSPITALAR  SE EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, O SEGURADO FOR HOSPITALIZADO E NECESSITAR DE REMOÇÃO PARA HOSPITAL TECNICAMENTE CAPACITADO, DESDE QUE HAJA A JUSTIFICATIVA DO MÉDICO ASSISTENTE ATESTANDO QUE O HOSPITAL EM QUE SE ENCONTRA É TECNICAMENTE INADEQUADO, A CENTRAL DE ATENDIMENTO SE RESPONSABILIZARÁ PELA SUA TRANSFERÊNCIA PARA O HOSPITAL MAIS PRÓXIMO DESDE QUE O QUADRO CLÍNICO SE ENCONTRE ESTABILIZADO, ATRAVÉS DO MEIO DE TRANSPORTE QUE A EQUIPE MÉDICA DA CENTRAL DE ATENDIMENTO EM COMUM ACORDO COM O MÉDICO QUE ATENDE O SEGURADO, CONSIDERAR MAIS APROPRIADO, SEJA POR AMBULÂNCIA, CARRO SIMPLES, AVIÃO COMERCIAL QUANDO PERMITIDO PELAS COMPANHIAS AÉREAS DISPONÍVEIS (DEVIDAMENTE EQUIPADOS, COM APARELHAGEM MÉDICA AUXILIAR) OU AVIÃO UTI (UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA).

CASO SEJA DETERMINADA ATRAVÉS DE INDICAÇÃO CLÍNICA E DE COMUM ACORDO ENTRE O MÉDICO E O DEPARTAMENTO MÉDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, O SEGURADO PODERÁ SER ACOMPANHADO POR UM MÉDICO OU ENFERMEIRO DESIGNADO PELO DEPARTAMENTO MÉDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO.

A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO GARANTIRÁ A INTERVENÇÃO (VAGAS EM HOSPITAL), FICANDO A BUSCA E RESERVA POR CONTA DO SEGURADO E/OU DO MÉDICO DE SEUS ACOMPANHANTES OU FAMILIARES, DEVENDO A RESPONSABILIDADE DA CENTRAL DE ATENDIMENTO LIMITAR-SE À REMOÇÃO. A REMOÇÃO SOMENTE SERÁ AUTORIZADA SE A EQUIPE MÉDICA, ATRAVÉS DE RELATÓRIO COM JUSTIFICATIVA DO MÉDICO-ASSISTENTE CONSIDERANDO O LOCAL DA INTERNAÇÃO TECNICAMENTE INADEQUADO PARA O TRATAMENTO NECESSÁRIO.

RETORNO A DOMICÍLIO APÓS ALTA HOSPITALAR EM CASO DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO  SE O SEGURADO, APÓS TER RECEBIDO ALTA HOSPITALAR, NÃO SE ENCONTRAR EM CONDIÇÕES DE RETORNAR AO SEU DOMICÍLIO (A SUA RESIDÊNCIA HABITUAL) COMO PASSAGEIRO REGULAR, A CENTRAL DE ATENDIMENTO, A CRITÉRIO DA SUA EQUIPE MÉDICA ORGANIZARÁ O RETORNO DO SEGURADO (DESDE QUE O PROCEDIMENTO SEJA EFETUADO INTEGRALMENTE PELA CENTRAL DE ATENDIMENTO) PELO MEIO DE TRANSPORTE MAIS ADEQUADO. O SERVIÇO INCLUI A ORGANIZAÇÃO DA VIAGEM DE RETORNO COM COORDENAÇÃO NO EMBARQUE E NA CHEGADA, COM A INFRA-ESTRUTURA NECESSÁRIA: ADEQUAÇÃO DO MEIO DE TRANSPORTE ELEITO, ATRAVÉS DE COMPLEMENTAÇÃO TECNOLÓGICA DA APARELHAGEM MÉDICA NECESSÁRIA (MONTAGEM DE UTI QUANDO NECESSÁRIA), ACOMPANHAMENTO MÉDICO E/OU DE ENFERMEIRA, AMBULÂNCIAS, UTI MÓVEL.

O RETORNO DEVERÁ SER FEITO MEDIANTE INDICAÇÃO DA EQUIPE MÉDICA, DESDE QUE CLINICAMENTE JUSTIFICÁVEL. CASO OCORRAM DIVERGÊNCIAS ENTRE OS PARECERES, O DEPARTAMENTO MÉDICO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, ESPECIALIZADO EM CUIDADOS INTENSIVOS, ESTARÁ APTO A DIRIMI-LAS.

ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR  SE EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, O SEGURADO NECESSITAR DE TRATAMENTO EMERGENCIAL OU DE URGÊNCIA, A CENTRAL DE ATENDIMENTO GARANTIRÁ A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS ATÉ O LIMITE DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, POR EVENTO, DESDE QUE TENHA HAVIDO SOLICITAÇÃO PRÉVIA DE INTERMEDIÇÃO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO QUANTO À INDICAÇÃO E COORDENAÇÃO DO SERVIÇO EXECUTANTE. ESTE LIMITE REFERE-SE A DESPESAS COM PROFISSIONAIS DA ÁREA MÉDICA, E AFINS, BEM COMO DIÁRIAS HOSPITALARES, SERVIÇOS DE ENFERMAGEM, EXAMES MÉDICOS COMPLEMENTARES, RESSALVANDO-SE OS CASOS EM QUE O SEGURADO TENHA DIREITO À RESTITUIÇÃO DESTES GASTOS POR QUALQUER OUTRA FONTE (EX.: PLANO DE SAÚDE), QUANDO A CENTRAL DE ATENDIMENTO PAGARÁ SOMENTE A DIFERENÇA ENTRE O REEMBOLSO E CUSTO REAL, DENTRO DOS LIMITES CONTRATUAIS. QUANDO DA OCORRÊNCIA DO EVENTO, DENTRO OU FORA DA ESCOLA, SERÁ UTILIZADO COMO REFERÊNCIA PARA PAGAMENTO DAS DESPESAS, A TABELAS DE PROCEDIMENTO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA – AMB, PARA TODOS OS PROCEDIMENTOS MÉDICOS.



TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES  A CENTRAL DE ATENDIMENTO TRANSMITIRÁ MENSAGENS URGENTES, DESDE QUE RELACIONADAS A UM CASO DE ASSISTÊNCIA, AO RESPONSÁVEL LEGAL DO SEGURADO, DESDE QUE RESIDENTE NO BRASIL, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DESTE.

TRATAMENTO FISIOTERÁPICO  SE EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO, E APÓS A UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA FORNECIDA PELA CENTRAL DE ATENDIMENTO, APÓS ALTA HOSPITALAR, HOVER A NECESSIDADE DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, DEVIDAMENTE COMPROVADO ATRAVÉS DE SOLICITAÇÃO DO MEDICO QUE ATENDEU O SEGURADO DURANTE A UTILIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, E EM COMUM ACÓRDO COM A EQUIPE MÉDICA DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, SERÁ PROPORCIONADO AO SEGURADO, O ATENDIMENTO DE 20 (VINTE) SESSÕES FISIOTERÁPICAS POR EVENTO NO VALOR DE R\$ 20,00 (VINTE REAIS) CADA.

IMPORTANTE: ESTE SERVIÇO INCLUI APENAS O PAGAMENTO DAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA, ESTANDO EXCLUÍDAS, DESPESAS COM ALIMENTAÇÃO, TRANSPORTE OU QUALQUER TIPO DE MATERIAL OU ACESSÓRIO QUE VENHA A SER NECESSÁRIO PARA COMPLEMENTAR O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO DO SEGURADO.

ASSISTÊNCIA FUNERAL  EM CASO DE FALECIMENTO DO SEGURADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE, A CENTRAL DE ATENDIMENTO PROVIDENCIARÁ A ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE TRASLADO, FUNERAL, CREMAÇÃO E SEPULTAMENTO.
OS SERVIÇOS ESTÃO LIMITADOS EM R\$ 3.000,00 (TRÊS MIL REAIS)

7. RISCOS EXCLUÍDOS

- A) REALIZAÇÃO DE EXAMES INVESTIGATIVOS EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO.
B) SERVIÇOS SOLICITADOS DIRETAMENTE PELO USUÁRIO, SEM PRÉVIO CONSENTIMENTO DA CENTRAL DE ATENDIMENTO, EXCETO NOS CASOS DE FORÇA MAIOR OU IMPOSSIBILIDADE MATERIAL COMPROVADA.
C) ASSISTÊNCIA A TODA E QUALQUER CONSEQUÊNCIA RESULTANTE DE MORTE OU LESÕES CAUSADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATIVIDADES CRIMINOSAS OU DOLOSAS DO SEGURADO.
D) ASSISTÊNCIA POR DOENÇAS OU ESTADOS PATOLÓGICOS PRODUZIDOS POR CONSUMO VOLUNTÁRIO DE ÁLCOOL, DROGAS, PRODUTOS TÓXICOS, NARCÓTICOS OU MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SEM RECOMENDAÇÃO MÉDICA.
E) DESPESAS COM AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE OSTEOSSÍNTESE (SÍNTESE ÓSSEA), TAIS COMO:
• PLACAS, HASTES, PARAFUSOS, PINOS, FIOS METÁLICOS, ENTRE OUTROS, BEM COMO, COM AQUISIÇÃO ÓRTESES, PRÓTESES (SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS), MULETA, IMOBILIZADOR SINTÉTICO, GESSO SINTÉTICO (SOMENTE AUTORIZADO GESSO SINTÉTICO SE O USUÁRIO FOR ALÉRGICO A OUTRO MATERIAL, MEDIANTE INDICAÇÃO MÉDICA), CADEIRA DE RODAS, ARTEFATOS DENTÁRIOS, ENTRE OUTROS, ALÉM DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E EQUIPAMENTOS NÃO CONSIDERADOS ESSENCIAIS PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.
F) ATOS DE TERRORISMO, REVOLTAS POPULARES, GREVES, SABOTAGEM, GUERRAS E QUAISQUER PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA.
G) ATOS OU ATIVIDADES DAS FORÇAS ARMADAS OU DE FORÇAS DE SEGURANÇA EM TEMPOS DE PAZ.
H) OS EVENTOS QUE TENHAM POR CAUSA IRRADIAÇÕES PROVENIENTES DA TRANSMUTAÇÃO OU DESINTEGRAÇÃO NUCLEAR OU DA RADIOATIVIDADE.
I) EVENTOS DECORRENTES DE FENÔMENOS DA NATUREZA, DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO, TAIS COMO: INUNDAÇÕES, TERREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, TEMPESTADE CICLÔNICAS ATÍPICAS, FURACÕES, MAREMOTOS, QUEDAS DE CORPOS SIDERAIS, METEORITOS, ETC.
J) QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
K) ASSISTÊNCIA A EVENTOS DECORRENTES DE PARTO E SUAS CONSEQUÊNCIAS;
L) AS PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DE AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, DROGAS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;
M) ASSISTÊNCIA A EVENTOS DECORRENTES DE SUICÍDIO, TENTATIVA DE SUICÍDIO E CONSEQUÊNCIAS DELES DECORRENTES.

203426650651



N) ASSISTÊNCIA A EVENTOS RELACIONADOS A CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUÊNCIAS
O) ASSISTÊNCIA A EVENTOS RELACIONADOS A CAUSAS NÃO TRAUMÁTICAS (DOENÇAS, DORES MUSCULARES, MAU JEITO, TORCICOLO)

8. CAPITAL SEGURADO

O CAPITAL SEGURADO CORRESPONDE:

MORTE ACIDENTAL (MAC).....R\$ 15.000,00
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)..... R\$ 15.000,00
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS(DMHO)..... R\$ 15.000,00

9. CUSTO MENSAL INDIVIDUAL DO SEGURO

OS CUSTOS MENSAIS INDIVIDUAIS DO SEGURO, CONTEMPLANDO O CONJUNTO DE COBERTURAS E SERVIÇOS CONTRATADOS, SERÁ DE R\$ 4,48

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

PARA INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO, BASTA PREENCHER OS DADOS DO ANEXO I, E ENCAMINHAR CÓPIA DESTA PROPOSTA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO ESTABELECIMENTO DO ENSINO E PELO CORRETOR, À SEGURADORA.

11. ADESÃO E ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

A ADESÃO DOS PROPONENTES AO SEGURO SERÁ FEITA MEDIANTE PROTOCOLO DA RELAÇÃO NOMINAL OU RECEBIMENTO DO ARQUIVO ELETRÔNICO, PELA SEGURADORA, CONFORME DISPOSIÇÃO ABAIXO, CONTENDO OS DADOS DOS ALUNOS E DOS PROFESSORES, FUNCIONÁRIOS E DIRETORES DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO:

MATRÍCULA | NOME | DT. NASC. | CPF | RG | ORG. EXP. | DT. EXP | CAPITAL

OBS.: DEVERÁ SER RIGOROSAMENTE OBSERVADO O NÚMERO DE MATRÍCULA DO ALUNO, PARA QUE NÃO HAJA REPETIÇÕES DE NÚMEROS. NÃO UTILIZAR ACENTOS, SÍMBOLOS, CEDILHAS, HÍFENS.

É IMPORTANTE RESSALTAR QUE A COBERTURA DO SEGURO, BEM COMO A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA, ATRAVÉS DE CENTRAL DE ATENDIMENTO 0800, SERÃO CONFIRMADOS MEDIANTE O CORRETO ENCAMINHAMENTO DOS DADOS CADASTRAIS ACIMA.

12. DADOS PARA EMISSÃO E VENCIMENTO DAS FATURAS MENSAIS

APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, AS MOVIMENTAÇÕES (INCLUSÕES E EXCLUSÕES) DE SEGURADOS NO FATURAMENTO DEVERÃO SER ENCAMINHADAS NA MESMA DISPOSIÇÃO DO ITEM ANTERIOR, IMPRETERIVELMENTE, ATÉ O DIA 05 DO MÊS DO RISCO, ATRAVÉS DE ARQUIVO ELETRÔNICO. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO, A SEGURADORA PROCESSARÁ EMISSÃO DA FATURA COM BASE NOS DADOS CADASTRAIS DO MÊS ANTERIOR.

O VENCIMENTO DAS FATURAS OCORRERÁ TODO DIA 25 DO MÊS SEGUINTE AO DE VIGÊNCIA DO RISCO.

13. PRÊMIO MÍNIMO MENSAL

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

14. LIMITE DE IDADE

DESDE O INÍCIO DA VIGÊNCIA SERÁ OBSERVADO O LIMITE DE 65 (SESSENTA E CINCO) ANOS DE IDADE PARA INGRESSO NO SEGURO.

15. ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO

PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DESTA SEGURO SERÁ NECESSÁRIA ADESÃO DE 100% DO GRUPO SEGURÁVEL.

EMISSAO SEM MOVIMENTO DE PREMIO



203426650651

DADOS DO CORRETOR

Corretor				CPF/CNPJ
Cód SUSEP	Cód Liberty	Estab.	% PART.	Telefone

DADOS DA FILIAL

Filial	CNPJ	SAC (reclamações e cancelamento)		
SANTO ANGELO	61.550.141/0001-72	0800-726-1981		
Endereço	Bairro			CEP
RUA ANTUNES RIBAS, 1538	M SUL			98801-630
Cidade	UF	Central de Atendimento		
SANTO ANGELO	RS	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.

203426550651

Liberty Seguros S/A - CNPJ 161550141/0001-72 - Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP: 4.100930/2003-29



Liberty Escolar

Apólice - Ramo 82 Acidentes Pessoais Bilhete

Atestamos a validade do presente contrato e assinamos esta apólice na cidade de São Paulo/SP, em 10 de Dezembro de 2018.



Marcos Machini
Vice-Presidente Comercial