

Condição Contratual

Proposta Nº: 162114-001/2018 - AP Escolar

Corretor: 75733 - WZS TTE CORR DE SEGS LTDA

Registro Susep: 10.0675733

Código Operação: C00025A0001P / A0000D0800

Sucursal: 8205 - SAO JOSE DOS CAMPOS Diretoria: 8300 - DIRETORIA COML REGIONAL I

Nac: 9759 - RAFAEL ROSA

Proponente: UNIVERSIDADE DE TAUBATE

Cnpj: 45.176.153/0001-22

Atividade: 85.32-5 - Educação superior - graduação e pós-graduação

Garantias Contratadas

Coberturas	% Indenização	Capital Segurado
MAC - MORTE ACIDENTAL	100	R\$ 5.000,00

**MAC - Morte Acidental**

Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e Contrato.**

Para os Segurados menores de 14 (catorze) anos, a presente cobertura se destina exclusivamente ao reembolso de despesas havidas com o funeral, ficando expressamente excluído desta cobertura o reembolso da despesa com aquisição de jazigo.

Forma de Capital Segurado

O Capital Segurado será Uniforme de R\$ 5.000,00.

**Perfil do Grupo**

A quem é destinado o Seguro de Acidente Pessoais	Alunos
Forma de Adesão	Compulsória
Custeio	Não Contributário
Limite de idade para novas adesões - início de vigência	70 anos
Dia da Entrega da Movimentação	1
Dia do Vencimento da fatura (mês subsequente)	25

**Prêmio Mínimo - Estipulante: R\$ 50,00 - /Prêmio Mínimo - Subestipulante: R\$ 25,00**

**Estimativa para o Faturamento Sem Serviços**

Conforme relação fornecida, estimamos abaixo os valores de faturamento desse grupo, já incluso IOF:

Vidas	Capital Total	Taxa Média Mensal	Fatura Mensal
874	4.370.000,00	0,0749‰ (por mil)	R\$ 327,31

O Estipulante poderá contratar para todos os seus Alunos os serviços de assistência descritos a seguir, assinalando sua contratação:

Services	Valor do Serviço	Custo Total Assistência
(*)	R\$ 0,00	R\$ 0,00

**Faturamento**

As faturas mensais serão emitidas mediante o fornecimento da Proposta de Adesão com Declaração Pessoal de Saúde Original (quando exigida), e através de e-mail os arquivos em formato Excel (.xls) contendo os seguintes dados:

Matrícula	Nome do Segurado	Data de Nascimento	CPF	Data de Admissão	Data de Início de Vigência	Salário (somente apólices com múltiplo)	Capital	Prêmio	Cargo
-----------	------------------	--------------------	-----	------------------	----------------------------	---	---------	--------	-------

Caso o arquivo não seja fornecido com as informações até a data estabelecida, será emitida a fatura mensal automaticamente com o mesmo valor do mês anterior. Possíveis alterações referentes a inclusões, alterações e cancelamentos de segurados, serão considerados ou compensados no faturamento seguinte.

Datas		Risco
Envio	Vencimento	
1 do mês subsequente ao risco	25 do mês subsequente ao risco	Decorrido

As informações acima devem ser enviadas sempre que houver qualquer alteração no Grupo Segurado (mudança de Capital, cancelamento do Segurado, ou inclusão de novo Segurado).

**Vigência do Seguro**

A apólice vigorará pelo prazo de 12 (Doze) meses, a contar da data de início determinada pelo Estipulante, quando da assinatura da presente proposta e da aprovação do Seguro pela Seguradora.

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

#### **Vigência do Seguro Individual**

Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a Apólice Mestre, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual.

O início de vigência de cada segurado será a partir das 24 horas da data de contratação do Segurado no Estipulante, respeitando as condições de aceitação, e desde que o Segurado seja aceito pela Seguradora.

#### **Atraso no Pagamento do Prêmio**

A falta de pagamento de qualquer parcela poderá acarretar a suspensão da cobertura do Seguro conforme previsto nas Condições Gerais. Após o vencimento da parcela, será cobrada multa de 2% e juros de 0,116667% ao dia.

#### **Liquidação do Sinistro**

As indenizações deste contrato deverão ser pagas no prazo máximo de 30 (Trinta) dias, após o recebimento da documentação completa e correta na Tokio Marine Seguradora S.A. (Matriz), situada a Rua Sampaio Viana, 44 - 8º andar / sala 84 - CEP: 04004-902 - Paraíso - São Paulo / SP ou Caixa Postal 45364.

A lista de documentos completa consta das Condições Gerais do produto e está disponível no site [www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br).

Para os casos de **Reembolso de Despesas-Médicas-Hospitalares e Odontológicas**, será aplicado o seguinte procedimento operacional para facilitar a regulação do processo.

#### **Documentos básicos necessários para a regulação da garantia de DMHO:**

- 1- Aviso de sinistro preenchido somente os campos referentes aos dados do estipulante e segurado;
- 2- Comprovantes originais de despesas médico-hospitalares devidamente discriminados e, relatório médico original ref. as despesas apresentadas;
- 3- Contrato de matrícula e/ou carnê de mensalidade e/ou ficha de matrícula;
- 4- Cópia do RG e CPF;
- 5- Comprovante de residência;
- 6- Dados bancários (banco, agência e conta corrente);
- 7- Certidão de nascimento do aluno;
- 8- Termo de Anuência;(\*)
- 9- Declaração da CORRETORA discriminando que o reembolso complementar refere-se ao atendimento prestado pela empresa de assistência;
- 10- Documentos necessários para o reembolso de despesas com medicamentos:
  - Receituário médico;
  - Nota fiscal ou ticket de caixa, identificando os remédios;
  - Declaração da corretora identificando a quem devemos efetuar o reembolso e declarando a que o sinistro refere-se.

(\*) **Termo de Anuência:** Será necessário quando o pagamento for solicitado para favorecido diferente do constante da respectiva Nota Fiscal.

**Os documentos acima deverão ser juntados conforme o respectivo favorecido, a saber:**

- Favorecido **escola:** documentos dos itens 1, 2, 3, 6 e 7;
- Favorecido **responsável financeiro (PF):** documentos dos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7;
- Favorecido **corretora:** documentos dos itens , 2, 3 e 7

**Para pagamento complementar (sinistro com pagamento anterior):**

- Favorecido **escola:** documentos dos itens 2, 3, 6, 7 e 9;
- Favorecido **responsável financeiro (PF):** documentos dos itens 2, 3, 4, 5, 6, 7 e 9;
- Favorecido **corretora:** documentos dos itens 2, 3, 7 e 9

**Para pagamento de reembolso com valor até R\$ 1.000,00 (Hum mil reais):**

- Isenção do comprovante de residência; e
- Isenção do Reconhecimento de firma na documentação solicitada;

#### **Aceitação e Inclusão de Segurados**

- O Grupo Segurado será constituído por todos os Alunos do Estipulante, conforme informações apresentadas para cotação, desde que estejam em perfeitas condições de saúde e tenham no máximo 75 (setenta e cinco) anos de idade.

- Após o início de vigência, os novos Alunos vinculados ao Estipulante poderão ser incluídos no Seguro, desde que estejam em perfeitas condições de saúde e tenham no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade.

- Aposentados por Invalidez e Funcionários afastados de suas atividades não poderão participar do Seguro.

### Considerações Finais

Na implantação do Seguro, quando do recebimento da relação/cadastro/documentação para emissão do 1º faturamento, se constatar qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração nos dados fornecidos por V.Sas. para a elaboração da presente Proposta, cujo desvio provoque diferença no Grupo Segurável superior à 5% (cinco por cento) do cálculo atuarial que resultou a taxa mensal apurada, essa será automaticamente reajustada na devida proporção ou a implantação da apólice será declinada.

A aceitação do Seguro estará sujeita a análise do risco.

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

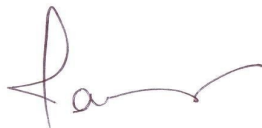
As condições contratuais/regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

É importante a leitura e conhecimento prévio das **Condições Gerais, Condições Contratuais, Serviços e Anexos** inerentes a esta Proposta, os quais farão parte do Contrato de Seguros após envio e aceite de toda documentação junto a Seguradora para emissão da apólice.

**Esta proposta é válida por 90 (noventa) dias após a data de sua emissão.**

São Paulo, 26 de janeiro de 2018.



---

**Nancy Rodrigues**  
Diretoria de Pessoas



---

**Tiago Moraes**  
Gerência de Produtos de  
Pessoas

---

**Estipulante**  
Assinatura sob carimbo

**AUTORIZAÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO/EMISSÃO DA APÓLICE**

Autorizamos a emissão de nossa apólice de Seguro de Vida em Grupo conforme as condições e cláusulas expostas nesta proposta de contratação.

Assumimos integralmente a responsabilidade pelas informações prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, ciente de que de acordo com os artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação ou validade da proposta, valor do capital ou taxa do prêmio, perderemos o direito ao capital segurado e conseqüentemente a quaisquer garantias ou pagamentos de benefícios.

Estamos cientes que a Tokio Marine Seguradora S A terá o prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento dessa proposta sob protocolo, para comunicar sua aceitação ou recusa da proposta.

<b>VIGÊNCIA A PARTIR DE:</b>	<b>01/02/2018</b>
	<b>Protocolo: 1840740590</b>

**Obs.: Quando contratada vigência pró-rata (diferente do dia 1º - exemplo: 01/XX/20XX), o prêmio emitido no primeiro faturamento será calculado sobre período dos dias decorrentes até o final do mês.**

<b>Adminstrador Responsável pela Empresa (Nome Legível)</b>	<b>CPF</b>
1 - Angela Popovici Berbare	895.894.088-34

Assinaturas sob carimbo:

\_\_\_\_\_  
1 - Angela Popovici Berbare