

CONDIÇÕES GERAIS

SABEMI SEGURADORA S.A.

SEGURO PERDA DE RENDA BILHETE

CG 20250105TM

Janeiro 2025

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. RISCOS COBERTOS	8
5. RISCOS EXCLUÍDOS	8
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO RISCO	9
8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	10
9. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	10
10. VIGÊNCIA DO SEGURO	11
11. RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
12. CAPITAL SEGURADO	11
13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	11
14. FRANQUIA	11
15. CARÊNCIA	11
16. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS	11
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO	12
18. BENEFICIÁRIOS	13
19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	13
20. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS	13
21. ANÁLISE E REGULAÇÃO DO SINISTRO	14
22. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	15
23. PERDA DE DIREITOS	16
24. RESCISÃO E CANCELAMENTO	17
25. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA	18
26. PRESCRIÇÃO	19
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
28. FORO	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (RFDI)	23
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	26

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (RFIFTT)	30
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTT-A).....	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (RFIFTT-A).....	38

Condições Gerais

Seguro Perda de Renda Bilhete

N.º Registro Susep 15414.627405/2024-81

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação do Seguro está sujeita à análise do risco.

1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

1.4. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em qualquer hipótese, o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo pagar uma indenização ao segurado ou a seu representante legal, no caso de ocorrência de sinistro coberto, nos termos estabelecidos nas condições contratuais, até o limite do capital segurado contratado, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas às condições contratuais.**

3. DEFINIÇÕES

Seguem os termos e as expressões que têm por objetivo auxiliar no entendimento da leitura e interpretação das Condições Gerais e Cláusulas que regem este seguro.

3.1. ACIDENTE PESSOAL: É 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 a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

- i. O suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- ii. Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- iii. Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- iv. Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- v. 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 de “acidente pessoal”:

- i. 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;
- ii. As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- iii. 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- iv. 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.

- 3.2. **ÂMBITO GEOGRÁFICO:** Termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou a extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida. Sinônimo: Perímetro de Cobertura.
- 3.3. **ATO ILÍCITO:** Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 3.4. **ATO (ILÍCITO) CULPOSO:** Ações ou omissões involuntárias, que violem direito e causem dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, decorrentes de negligência, imprudência ou imperícia do responsável, pessoa física ou jurídica.
- 3.5. **ATO (ILÍCITO) DOLOSO:** Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.
- 3.6. **AVISO DE SINISTRO:** Documento por meio do qual o Segurado deve comunicar a ocorrência de sinistro à Seguradora, de imediato, conforme previsto nas Condições Contratuais, a fim de que esta possa tomar as providências necessárias, em seu próprio interesse e no interesse do Segurado.
- 3.7. **BENEFICIÁRIOS:** São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber o Capital Segurado na hipótese de sinistro com o Segurado.
- 3.8. **BIHETE DE SEGURO:** É o documento emitido pela sociedade Seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.
- 3.9. **BOA-FÉ:** Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos por ela amparados.

- 3.10. CAPITAL SEGURADO:** Corresponde ao Limite Máximo Indenizável para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto. **Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.**
- 3.11. CARÊNCIA:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 3.12. COBERTURA:** Corresponde ao risco assumidos e coberto pela Seguradora, conforme descrito no Bilhete de Seguro.
- 3.13. CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.
- 3.14. CONDIÇÕES ESPECIAIS:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 3.15. CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.
- 3.16. CORRETOR DE SEGUROS:** Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada para intermediar a comercialização de contratos de seguros. O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão, bem como, é responsável por dar ciência ao Segurado de qualquer informação relativa ao seguro e/ou comunicação efetuada pela Seguradora.
- 3.17. DOCUMENTOS CONTRATUAIS:** São a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.
- 3.18. DOENÇAS PREEXISTENTES:** É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.
- 3.19. DOENÇAS PROFISSIONAIS:** São as doenças produzidas ou desencadeadas pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade, constantes da respectiva relação elaborada pelo Ministério da Previdência Social.
- 3.20. DOLO:** Ato consciente por meio do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.
- 3.21. ENDOSSO:** É o documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.
- 3.22. EVENTO:** Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por um seguro.

- 3.23. EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.
- 3.24. FRANQUIA DO SEGURO:** Corresponde ao período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada cobertura do seguro, ou seja, durante este período as despesas serão pagas integralmente pelo segurado, conforme descrito nas Condições Especiais da Cobertura.
- 3.25. INDENIZAÇÃO:** Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.
- 3.26. INÍCIO DE VIGÊNCIA:** Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 3.27. PERÍODO DE COBERTURA:** É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 3.28. PRÊMIO:** Importância paga pelo segurado à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.
- 3.29. PRESCRIÇÃO:** Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.
- 3.30. REGULAÇÃO DO SINISTRO:** Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.
- 3.31. REPRESENTANTE DE SEGUROS:** Pessoa jurídica que assume a obrigação de promover, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, a realização de contratos de seguro à conta e em nome da Seguradora. O Representante de seguros não exerce a atividade de corretagem de seguros, ou seja, não é um Corretor de Seguros.
- 3.32. RISCOS:** Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.
- 3.33. RISCOS COBERTOS:** Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao Segurado.
- 3.34. RISCOS EXCLUÍDOS:** São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.
- 3.35. SEGURADO:** Pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.
- 3.36. SEGURADORA:** É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 3.37. SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

3.38. VIGÊNCIA: É o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos no Bilhete de Seguro, que fazem parte integrante e inseparável do Seguro.

4.1.1 Coberturas:

- a)** Desemprego Involuntário (DI);
- b)** Reembolso de Franquia por Desemprego Involuntário (RFDI);
- c)** Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT);
- d)** Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária (RFIFTT);
- e)** Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (IFTT-A);
- f)** Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária (RFIFTT-A).

4.2. As Coberturas podem ser contratadas de forma conjunta ou individualizadas, desde que respeitadas as condições e os limites estabelecidos para sua contratação e serão descritas no Bilhete de Seguro.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Salvo determinação contrária, em favor do segurado expressa no Bilhete de Seguro, ficam excluídos do presente contrato de seguro:

- a)** O direito de indenização do beneficiário quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do código civil e contados:
 - a1.** Do início de vigência individual do seguro; ou
 - a2.** Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado / Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- b)** Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c)** Atos de hostilidade ou de guerra, invasão, ato de inimigo estrangeiro, operações bélicas civis ou militares, revolução, terrorismo, nacionalização, subversão, conspiração, rebelião, insurreição, confisco, agitação, revolta, sedição, sublevação, motins, tumultos, greves, lockouts ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- d)** Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e)** Epidemias, pandemias e/ou gripe aviária declarados por órgão competente;
- f)** Envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo;

- g) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;**
- i) Erupção vulcânica, inundação e alagamento de qualquer espécie, vendaval, furacão, ciclone, tornado e granizo ou qualquer outra convulsão da natureza;**
- j) Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;**
- k) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências surjam durante a sua vigência;**
- l) Choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- m) Parto ou aborto exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- n) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;**
- o) A prática de atividade que não seja considerada esportiva por associações, federações ou mesmo comitês ou executada sem a utilização dos equipamentos de segurança, habilitação ou demais cuidados necessários;**
- p) Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do segurado para condução de veículo automotor;**
- q) Viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - q1. Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;**
 - q2. Conduzida por pilotos não legalmente habilitados;**
 - q3. Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- a) As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária são válidas somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre;**
- b) As coberturas de Desemprego Involuntário são válidas somente em território brasileiro.**

7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO RISCO

7.1. A contratação do Bilhete de Seguro deverá ser feita por meio de solicitação feita pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

7.2. A aceitação do Bilhete de Seguro é automática, a partir do pagamento total do prêmio do seguro.

8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

8.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, quando disponibilizado pela Seguradora e na forma estabelecida pela legislação específica.

8.2. O Bilhete de Seguro, será emitido com base nas declarações prestadas pelo proponente, seu representante legal ou pelo seu corretor de seguros.

8.3. Se os dados do Bilhete de Seguro estiverem diferentes dos informados na contratação, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão do mesmo, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no Bilhete de Seguro emitido.

8.4. Nos Bilhetes de Seguros contratados através de Meios Remotos e/ou por Representante de Seguros, o Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da data da emissão do Bilhete de Seguro.

8.4.1. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item, serão devolvidos, de imediato.

8.4.2. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

8.4.3. A Seguradora, ou seus Representantes de Seguro, e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

8.4.4. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela Seguradora e expressamente aceitos pelo Segurado.

9. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

9.1. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do Bilhete de Seguro.

9.2. Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 9.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

9.3. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

9.4. A sociedade seguradora, o Representante de Seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

9.5. A devolução será realizada pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios disponibilizados pela seguradora e expressamente aceitos pelo segurado.

10. VIGÊNCIA DO SEGURO

O período de vigência do seguro corresponderá ao prazo descrito no Bilhete de Seguro respeitando um período mínimo de 30 (trinta) dias e máximo de 60 (sessenta) meses, e terão seu início e fim de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas, sendo que o início de vigência do Bilhete será às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio do seguro e o término da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data informada no Bilhete de Seguro ou a data do cancelamento do Bilhete ou a data de falecimento do Segurado, o que ocorrer primeiro. .

11. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Não há renovação para este seguro.

12. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado será determinado no bilhete de seguros podendo ser único ou em até 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas mediante a comprovação periódica da manutenção do sinistro.

13. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total e Temporária, a reintegração do Capital Segurado será automática.

14. FRANQUIA

É facultado a Seguradora estipular franquia para as coberturas contratadas, sendo devidamente definida no Bilhete de Seguro, conforme disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

15. CARÊNCIA

15.1. É facultado a Seguradora estipular um período de carência para as coberturas contratadas, sendo devidamente definida no Bilhete de Seguro conforme disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.

15.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidentes, exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado, haverá uma carência de dois anos, contados a partir da Vigência inicial no Bilhete de Seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso.

16. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS

16.1. Poderá ser determinado um intervalo entre ocorrências de Sinistro, para que em caso da ocorrência de um novo Evento Coberto, o Segurado fique elegível a solicitar o pagamento de uma nova Indenização, apenas após o prazo determinado no Contrato de Seguro, desde que o novo evento não seja decorrente de Doença ou acidente do evento anterior.

16.2. Quando houver, será determinado no Bilhete de Seguro considerando os seguintes períodos para cada cobertura:

- a) Para coberturas decorrentes Desemprego Involuntário, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

- b) Para coberturas decorrentes de Incapacidade Física Total e Temporária e Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

17.1. O prêmio poderá ser pago de forma única ou mensal, de acordo com o estabelecido no Bilhete de Seguro.

17.1.1. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão no Bilhete de Seguro, e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

17.1.2. Se a data limite para o pagamento de prêmio à vista ou de qualquer uma de suas mensalidades coincidirem com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente a esta data.

17.2. A Seguradora encaminhará o(s) documento(s) de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

17.3. A falta do pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, até a data do vencimento, implicará o cancelamento do Seguro independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

17.4. No caso de pagamento mensal, configurada a falta de pagamento do prêmio na data indicada no respectivo documento de cobrança, independente do pagamento de parcelas subsequentes ou não, implicará na Suspensão da Cobertura, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

17.4.1. O prazo de suspensão da cobertura será de 90 (noventa) dias a contar das 24 (vinte e quatro) horas da data do vencimento da parcela do prêmio não pago. Após este período o seguro será cancelado automaticamente pela Seguradora, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

17.4.2. A Seguradora não garantirá a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

17.4.3. A reabilitação no Bilhete de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante de seguros retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

17.5. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, que será efetuado ainda que o segurado, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

17.6. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

17.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, ou de qualquer uma de suas parcelas sem que o pagamento tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o respectivo prêmio seja quitado até data do vencimento.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1. O beneficiário do seguro será o segurado e/ou seu representante legal, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência do sinistro, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

19. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

19.1. Tão logo tome(m) conhecimento da ocorrência de um evento coberto, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, seu Representante ou Beneficiário(s) à Seguradora, utilizando os canais existentes para comunicação: Central de Atendimento através do número 0800 880 1900, site Sabemi, no endereço www.sabemi.com.br/comunicar-sinistro ou através de correio.

19.2. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento pela Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.

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

19.4. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

20. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS

20.1. Para agilidade no processo de regulação e liquidação do sinistro, o Segurado, Beneficiário ou Representante por ocasião da comunicação do sinistro, deverá apresentar os seguintes documentos/informações:

20.1.1. Segurado Pessoa Física:

- Cópia da Carteira de Identidade;
- Cópia do CPF (se Pessoa Física);
- Formulário de Aviso de Sinistro fornecido pela Seguradora, que deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu Beneficiário; e
- Cópia do Comprovante de residência atualizado.

20.1.2. Também deverão ser entregues a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das Coberturas contratadas.

20.1.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

20.1.4. Mediante dúvida fundada e justificada, a SEGURADORA se reserva ao direito de solicitar cópia de outros documentos que venha a considerar necessário para liquidação do sinistro.

20.2. Perícia / Junta Médica

20.2.1. O segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica e técnica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar e/ou hospitalar e requerer e proceder exames, inclusive clínicos e cirúrgicos. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, a análise do sinistro e o relatório final, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

20.2.2. A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências sobre o caráter do evento, entre o médico assistente do segurado e o médico perito da seguradora.

20.2.3. No caso de divergências e/ou dúvidas de natureza médica relacionados ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

20.2.4. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo Segurado, outro pela Seguradora, e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

20.2.5. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.2.6. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do profissional nomeado pelo Segurado.

20.2.7. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.

20.2.8. Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

21. ANÁLISE E REGULAÇÃO DO SINISTRO

21.1. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a)** Para as coberturas decorrentes de Desemprego Involuntário, a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
- b)** Nas Coberturas decorrentes de Incapacidade Física Total e Temporária, a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;
- c)** Nas Coberturas decorrentes de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, a data do acidente que gerou incapacidade total e temporária.

21.2. O valor a ser indenizado será correspondente ao valor do capital segurado contratado pelo segurado vigente na data do evento, descrito no Bilhete de Seguro.

21.3. A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos limites máximos apresentados no Bilhete de Seguro respeitados os capitais segurados para cada cobertura contratada.

21.4. Para o recebimento do capital segurado, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultado a Seguradora a adoção de quaisquer medidas tendentes à elucidação dos fatos.

21.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) Beneficiário(s) correrão por conta dos interessados, salvo os exames solicitados pela Seguradora ou de providências pela mesma determinadas.

22. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

22.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o Sinistro for caracterizado como risco coberto por estas condições e estará limitado ao capital segurado contratado para cada cobertura.

22.2. Quando o pagamento da indenização se der na forma de prestações sucessivas, o número máximo de parcelas cobertas e as condições para manutenção do pagamento destas estarão especificados no Bilhete de Seguro.

22.3. O pagamento de qualquer Indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos básicos relacionados no item "Documentos Básicos em Caso de Sinistros" e os relacionados nas respectivas Condições Especiais da cobertura contratada motivadora do pleito de indenização.

22.3.1. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

22.3.2. Independentemente dos documentos listados nas Condições Especiais, a Seguradora poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar comprovação ou não do evento.

22.3.3. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar ao SEGURADO e BENEFICIÁRIO, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo para liquidação de sinistros de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.3.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento, acrescida de multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da data da mora.

22.3.5. O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros de mora far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

22.3.6. A forma de pagamento da indenização será definida em cada Cobertura contratada.

22.3.7. Os valores relativos a sinistros estão sujeitos a atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE (índice de preços ao consumidor amplo apurado pelo Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística), ou outro índice que venha a substituí-lo, quando não forem cumpridos os prazos exigidos em lei, considerando-se a seguinte data de exigibilidade a seguir:

- A data da ocorrência do evento;

22.3.8. No caso de extinção do índice pactuado - IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Geral de Preços Mercado / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IGP-M/IBGE.

22.3.9. A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a Seguradora venha a praticar após o Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

22.4. Recusa de Sinistro

Em caso de recusa, a Seguradora deverá comunicar os motivos da recusa ao Segurado por escrito, dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da entrega da documentação solicitada.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. A seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro se o segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou no valor do prêmio.

23.2. O segurado perderá o direito a qualquer indenização e restituição de prêmio decorrente do presente contrato quando:

- a) Agravar intencionalmente o risco;
- b) Deixar de cumprir com as obrigações convencionadas neste contrato;
- c) O segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro.

23.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

- a) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - i. Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
 - ii. Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:
 - i. 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
 - ii. 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(s) beneficiário(s) ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral da indenização, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.**

23.4. O segurado será obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

23.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

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

23.5.2. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

23.6. Além das obrigações que possam estar previstas nas demais cláusulas deste contrato, o segurado se obriga a seguir as condições abaixo, sob pena de suspensão, rescisão ou nulidade do contrato de seguro:

- a) Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes quando for o caso;**
- b) Fornecer à seguradora e facilitar o seu acesso a toda espécie de informação sobre as circunstâncias e consequências do sinistro, bem como os documentos necessários à apuração dos prejuízos e determinação da indenização.**
- c) O segurado deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.**

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

23.6.2. Pagar em dia os prêmios do seguro fixados nos documentos de cobrança da seguradora ou outra forma pactuada.

23.7. O não cumprimento, por parte do segurado, das obrigações e normas estabelecidas nesta cláusula, bem como nestas condições como um todo, poderá acarretar a suspensão ou rescisão do contrato de seguro, consoante a análise procedida pela seguradora.

24. RESCISÃO E CANCELAMENTO

24.1. O seguro poderá ser cancelado a qualquer momento mediante acordo entre o Segurado e a Seguradora, desde que tal intenção seja comunicada por escrito com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data de cancelamento.

24.2. Na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado ou a pedido da Seguradora, esta reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido entre o início de vigência e a data de cancelamento.

24.3. O contrato será rescindido nos casos em que tenha ocorrido má-fé, fraude, culpa e/ou dolo por parte do Segurado, no sentido de fraudar o presente seguro. A rescisão do no Bilhete de Seguro se dará pleno direito, independente de notificação judicial ou extrajudicial, perdendo o Segurado o direito à totalidade do prêmio pago, assim como às indenizações pactuadas, estando obrigado, ainda, a pagar à Seguradora as parcelas vencidas do prêmio, se houver.

24.4. Este Contrato de Seguro será cancelado ainda:

- a)** Com o término da vigência do seguro;
- b)** Com a morte do Segurado;
- c)** Com a falta de pagamento do prêmio, observado o disposto na Cláusula “Pagamento do Prêmio”.

24.5. Os valores devidos a títulos de devolução do prêmio sujeitam-se a atualização monetária pela variação do IPCA/IBGE, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

- a)** No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b)** No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de seu recebimento.

24.6. No Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

24.7. Na falta de pagamento do prêmio, haverá a Suspensão de Cobertura conforme item 17.5 da Cláusula “Pagamento do Prêmio” e após o prazo estabelecido no Bilhete de Seguro será cancelado automaticamente pela seguradora.

25. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

25.1. Atualização Monetária

Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitos a atualização monetária pela variação positiva do IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo - do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.

25.1.1. A atualização monetária será calculada com base no último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária, e aquele publicado imediatamente anterior a data efetiva do pagamento.

25.1.2. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IGP-M-IBGE (índice de geral de preços de mercado - do instituto brasileiro de estatística) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

25.2. Mora

25.2.1. No caso de não cumprimento dos prazos previstos, além da atualização monetária, serão devidos juros de 0,033% ao dia, limitado a 12% (doze por cento) ao ano, contados partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para a liquidação da obrigação pecuniária.

26. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais e especiais e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

28. FORO

Fica estabelecido que as questões judiciais entre Segurado e Seguradora serão dirimidas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado ou Beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. RISCOS COBERTOS

Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado e/ou seu representante legal, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

2. DEFINIÇÕES:

Configura a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

3. ELEGIBILIDADE:

3.1. Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

3.1.1. O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.2. Para ter direito à cobertura de Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

3.3. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número de meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador conforme descrito no Bilhete de Seguro, entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula 05 - "riscos excluídos" das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Aposentadorias;**
- b) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;**
- c) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;**

- d) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- e) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- f) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- g) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- h) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- i) Falência;
- j) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- k) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- l) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- m) Acordo entre empregado e empregador;
- n) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- o) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- p) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais - desemprego involuntário;
- q) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- r) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato;
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) a quantidade de até "x" prestações de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, **observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo descritos no Bilhete de Seguro.**
- b) ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como "data da ocorrência do evento coberto" a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d) Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e) Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) - página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado; página de identificação, página anterior e posterior a baixa;
- f) Em caso de CTPS digital o encaminhar o documento na íntegra "imprimir carteira, opção todos os dados da carteira" em pdf (atualizada - com data de admissão e desligamento).
- g) Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E - CD; e
- h) Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego.

8.2. Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

9.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de parcelas sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

9.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (RFDI)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta Cobertura desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o ao Segurado e/ou seu representante legal o reembolso do pagamento das franquias de responsabilidade do segurado pagas durante o período de desemprego Involuntário do Segurado, limitado ao capital segurado contratado, caso o Segurado venha a perder involuntariamente o vínculo empregatício durante o decorrer da vigência do seguro, respeitando os períodos de carência e franquia, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura reembolso de franquia por incapacidade física total e temporária e reembolso de franquia por incapacidade física total e temporária por acidente.

2. DEFINIÇÕES:

Configura a perda involuntária de vínculo empregatício a rescisão do contrato de trabalho do Segurado, regido pela CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, que não tenha sido por ele motivada e que não tenha decorrido de justa causa, com a consequente cessação do pagamento de salário pelo seu empregador.

Franquia: para fins de reembolso desta cobertura, considera-se como franquia o valor pecuniário pago pelo segurado a título participação em um sinistro coberto por esta ou outra congênere.

3. ELEGIBILIDADE:

3.1. Serão elegíveis ao recebimento da Indenização, os Segurados que na data da rescisão involuntária do contrato de trabalho tiverem vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), apresentando período mínimo de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho para o atual empregador, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento. Exclusivamente para a contagem do período mínimo de vínculo empregatício, será considerado o período de aviso prévio quando trabalhado.

3.1.1. O vínculo empregatício que o Segurado deve manter com uma pessoa jurídica ou pessoa física (Empregador), será através de Contrato de trabalho formalizado pela Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) e que receba pagamentos periódicos consecutivos, com uma jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais, na data do evento.

3.2. Para ter direito à cobertura de Reembolso de Franquia por Desemprego Involuntário, é obrigatório que o segurado tenha cumprido o Aviso Prévio ou, encaminhe documento que comprove a dispensa do mesmo.

3.3. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Reembolso de Franquia por Desemprego Involuntário é necessário que se comprove o mesmo número de meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador, entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula 05 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Franquias pagas pelo segurado cujo fato gerador tenha ocorrido em período anterior a contratação do seguro, e/ou durante o período de carência;
- b) Aposentadorias;
- c) Vínculo empregatício, direto ou indireto, com familiares até o 3º grau de parentesco;
- d) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador segurado;
- e) Renúncia ou pedido de demissão voluntária do vínculo empregatício;
- f) Trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;
- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública, e que não forem regidos pela consolidação das leis do trabalho, incluindo-se assessores, e outros de nomeação em diário oficial;
- h) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive contratos de estágios;
- i) Demissão por justa causa do trabalhador segurado;
- j) Falência;
- k) Demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- l) Campanhas de demissão em massa. Para fins deste seguro considerar-se-á demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de funcionários no mesmo mês;
- m) Programas de demissão voluntária (pdv) ou plano de demissão incentivado (pdi), motivados pelo empregador do segurado;
- n) Acordo entre empregado e empregador;
- o) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ ou acionista;
- p) Funcionários que já se encontrem em período de aviso prévio na data da contratação do seguro;
- q) Segurados não considerados elegíveis a indenização, conforme previsto nestas condições especiais - desemprego involuntário;
- r) Transferências entre empresas, decorrentes de fusões, aquisições e/ou parcerias;
- s) Desemprego ocorrido dentro do período de carência estabelecido no contrato; e
- t) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do capital segurado corresponderá ao valor da franquia a ser reembolsada limitado ao valor descrito no Bilhete de seguros.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada como "data da ocorrência do evento coberto" a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

6. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia desta cobertura poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias a contar da

efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de desempregado para poder reclamar a cobertura do seguro.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a)** Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c)** Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d)** Cópia do Termo de Rescisão Contratual, devidamente homologado pelo sindicato ou por outro órgão competente;
- e)** Cópia da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social) - página do contrato de trabalho onde consta o registro da saída do empregado, página de identificação, página anterior e posterior a baixa;
- f)** Em caso de CTPS digital o encaminhar o documento na íntegra "imprimir carteira, opção todos os dados da carteira" em pdf (atualizada - com data de admissão e desligamento);
- g)** Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E - CD;
- h)** Cópia da Carteira de Trabalho devidamente atualizada (carimbo + CNPJ da empresa empregadora + assinatura + data), autenticada em cartório devidamente datada, dentro do mês do benefício ao final de cada mês de desemprego; e
- i)** Recibo/comprovante (original) da franquia paga pelo segurado.

8.2. Para a continuidade do processo de indenização a Seguradora poderá solicitar a atualização e reenvio das informações necessárias, periodicamente.

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O reembolso se dará na forma única, de acordo com o valor da franquia paga pelo segurado no período de meses em que o segurado permanecer sem vínculo empregatício, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de parcelas mensais contratadas e estabelecidas no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado ou seu representante legal, limitado ao capital segurado contratado, em caso de afastamento temporário do segurado da sua ocupação profissional habitual em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária por acidente pessoal ou doença.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

1.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente.

2. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, ou apresentando o período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula 05 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- b) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- c) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;

- d) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- e) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- f) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- g) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- h) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.**
- i) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores a contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do segurado;**
- j) Hospitalização para check-up;**
- k) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;**
- l) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**
- m) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências;**
- n) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual,**
- o) Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- p) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- q) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";**
- r) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) à quantidade de até "x" prestações a serem pagas ao segurado de acordo com o período de meses em que o mesmo permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.**
- b) ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

5. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

6. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

6.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

6.2. O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

6.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

7.1. Comprovação da Incapacidade

- a) O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.
- b) Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá 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 de acordo com o Item 20.2. das Condições Gerais.

7.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo

Segurado;

- c)** Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d)** Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- e)** Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f)** Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g)** Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h)** Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento;
- i)** Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j)** Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; e
- k)** Recibo/comprovante (original) da franquia paga pelo segurado.

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de até "x" parcelas sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

8.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada pelo segurado, observado o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (RFIFTT)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o reembolso do pagamento das franquias de responsabilidade do segurado pagas durante o período de afastamento temporário do segurado da sua ocupação profissional habitual em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. A cobertura de Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de reembolso de franquia por incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o cumprimento do período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária por acidente pessoal ou doença.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

1.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Desemprego Involuntário, Reembolso de Franquia por Desemprego involuntário e Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

Franquia: para fins de reembolso desta cobertura, considera-se como franquia o valor pecuniário pago pelo segurado a título de participação em um sinistro coberto por esta Seguradora ou congêneres.

3. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, ou apresentando o período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula 05 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Franquias pagas pelo segurado cujo fato gerador tenha ocorrido em período anterior a contratação do seguro, e/ou durante o período de carência;
- b) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- c) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- d) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- f) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- g) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- h) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- i) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.
- j) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores a contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do segurado;
- k) Hospitalização para check-up;
- l) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;
- m) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cerviobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.
- n) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências;
- o) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual;

- p) Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- r) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o “stress”; e**
- s) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do capital segurado corresponderá ao valor da franquia a ser reembolsada limitado ao valor do Capital Segurado descrito no Bilhete de Seguro:

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

6. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

7.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite mínimo de 31 (trinta e um) dias e limite máximo de 90 (noventa) dias e será contado a partir do início de vigência ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução da vigência em caso de suspensão.

7.2. O período de Carência, quando aplicável, poderá ainda, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou por Exame Médico.

7.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Comprovação da Incapacidade

- a)** O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.
- b)** Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá 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 de acordo com o Item 20.2. das Condições Gerais.

8.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d) Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Recibo/comprovante (original) da franquia paga pelo segurado.

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O reembolso se dará na forma única, de acordo com o valor da franquia paga pelo segurado no período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas e estabelecidas no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (IFTT-A)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento de uma indenização ao Segurado ou seu representante legal, limitado ao capital segurado contratado, em caso de afastamento temporário do segurado da sua ocupação profissional habitual em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. A cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico decorrente de acidente coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária por acidente pessoal.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

1.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária.

2. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, ou apresentar um período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula 05 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Estados de incapacidade decorrentes de doenças;**
- b) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;**
- c) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;**

- d) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- e) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;**
- f) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;**
- g) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);**
- h) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;**
- i) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.**
- j) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do segurado;**
- k) Hospitalização para check-up;**
- l) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;**
- m) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.**
- n) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências;**
- o) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual,**
- p) Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- q) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- r) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress";**
- s) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.**

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) à quantidade de até "x" prestações a serem pagas ao segurado de acordo com o período de meses em que o mesmo permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de acidente pessoal coberto, **observado o limite de parcelas mensais contratadas e o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.**
- b) ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

5. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

6. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

7.1. Comprovação da Incapacidade

- a) O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.
- b) Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá 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 de acordo com o subitem 20.2. das Condições Gerais.

7.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a) Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- c) Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d) Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS

(Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;

- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento;
- i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

8.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de até "x" parcelas sucessivas, de acordo com o período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

8.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada pelo segurado, observado o valor máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE REEMBOLSO DE FRANQUIA POR INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (RFIFTT-A)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Esta cobertura, desde que contratada e mediante pagamento do prêmio correspondente, garante o reembolso do pagamento das franquias de responsabilidade do segurado pagas durante o seu período de afastamento temporário da sua ocupação profissional habitual em decorrência de acidente pessoal coberto, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

1.2. A cobertura de Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente é válida somente aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.

1.3. A cobertura de reembolso de franquia por incapacidade física total e temporária por acidente é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite de capital segurado contratado.

1.4. A incapacidade de que trata a presente cobertura é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico decorrente de acidente coberto ocorrido durante o período de vigência do seguro.

1.5. O tempo previsto de incapacidade deverá ser comprovado através de relatório médico emitido por profissional legalmente habilitado (médico) e exames que comprovem a incapacidade física total e temporária por acidente pessoal.

1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente é necessário que se comprove, pelo menos, o período decorrido de 6 (seis) meses consecutivos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

1.7. Esta cobertura não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Desemprego Involuntário, Reembolso de Franquia por desemprego involuntário e Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária.

2. DEFINIÇÕES

Franquia: para fins de reembolso desta cobertura, considera-se como franquia o valor pecuniário pago pelo segurado a título participação em um sinistro coberto por esta Seguradora ou congêneres.

3. ELEGIBILIDADE

São elegíveis para a cobertura de Reembolso de Franquia por Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, ou apresentar um período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos apresentados na Cláusula 05 - RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Franquias pagas pelo segurado cujo fato gerador tenha ocorrido em período anterior a contratação do seguro, e/ou durante o período de carência;
- b) Estados de incapacidade decorrentes de doenças;
- c) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- d) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- e) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- f) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- g) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela síndrome de imunodeficiência adquirida (sida/aids);
- i) Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- j) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras.
- k) Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores a contratação do seguro, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico-hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes, de conhecimento do segurado;
- l) Hospitalização para check-up;
- m) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente depois de esgotado o capital segurado contratado para este mesmo evento coberto;
- n) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de lesões por esforço repetitivo (ler), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (dort) e/ou lesão por trauma cumulativo (ltc), tais como, mas não se limitando a: tendinites, sinovites, síndrome do túnel do carpo de qualquer etiologia, epicondilite lateral, tenossinovites, artrites, dor miofascial, cervicobraquialgias e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados ou lesões similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidéz acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal.
- o) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências;

- p) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual,**
- q) Controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- r) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;**
- s) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o "stress"; e**
- t) Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei.**

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do capital segurado corresponderá ao valor da franquia a ser reembolsada limitado ao valor do Capital Segurado descrito no Bilhete de Seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada "data da ocorrência do evento coberto" a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária do segurado.

6. PERÍODO DE FRANQUIA DESTA COBERTURA

O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 90 (noventa) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividades para poder reclamar a cobertura do seguro.

7. PERÍODO DE CARÊNCIA DESTA COBERTURA

Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação, recondução ou de adesão ao seguro.

8. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

8.1. Comprovação da Incapacidade

- a)** O Segurado deverá comprovar a condição de incapacidade temporária fundamentada no tempo médio de dias através de apresentação de declaração médica apropriada para esta finalidade.
- b)** Caso a Seguradora conteste a Declaração Médica apresentada, poderá 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 de acordo com o subitem 20.2. das Condições Gerais.

8.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula 20 - DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS das Condições Gerais, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos:

- a)** Formulário "Aviso de Sinistro", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Formulário "Autorização para Crédito de Indenização", devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- c) Documento de identificação do segurado com foto que contenha o número do CPF, podendo ser RG, CNH, CTPS, RNE ou Passaporte e comprovante de residência atualizado do Segurado;
- d) Comprovação de atividade profissional, podendo ser: Cópia da Guia de recolhimento do ISS (Imposto Sobre Serviços), ou última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou comprovante de pagamento do INSS, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro - acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou inscrição na prefeitura, acrescido do último comprovante de pagamento da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- f) Exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e ou durante o acompanhamento da patologia;
- g) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- h) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento;
- i) Cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) quando aplicável;
- j) Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Recibo/comprovante (original) da franquia paga pelo segurado.

9. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

O reembolso se dará na forma única, de acordo com o valor da franquia paga pelo segurado no período de meses em que o segurado permanecer afastado das suas ocupações profissionais em decorrência de acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido no Bilhete de Seguro.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as demais disposições deste Contrato de Seguro que não tenham sido alteradas pelas presentes Condições Especiais.

Porto Alegre, 15 de janeiro de 2025.



Rodrigo de Castro Fernandes Pecoraro
Diretor designado como responsável
pelas relações com a SUSEP, nos termos do
art. 1º, I, da Circular SUSEP nº 234/2003



Eliana Schwingel Diederichs
Diretora Executiva de Planejamento
Estratégico e Compliance