

Sabemi Seguradora S.A.

Condições Gerais

Perda de Renda Coletivo

Grupo: Pessoas Coletivo

Código do Ramo: 0987

Abril/2023

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	4
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
4. RISCOS COBERTOS	9
5. RISCOS EXCLUÍDOS	10
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	11
7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO RISCO	11
8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS	13
9. DIREITO DE ARREPENDIMENTO	13
10. EMISSÃO DA APÓLICE	14
11. ALTERAÇÃO DA APÓLICE E CERTIFICADO INDIVIDUAL	14
12. RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
13. VIGÊNCIA DO SEGURO	15
14. CAPITAL SEGURADO	15
15. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	16
16. CARÊNCIA	16
17. FRANQUIA	16
18. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS	16
19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	16
20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	17
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO	19
22. BENEFICIÁRIOS	20
23. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	20
24. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS:	21
25. ANÁLISE E REGULAÇÃO DO SINISTRO	22
26. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	23
27. PERDA DE DIREITOS	24
28. RESCISÃO E CANCELAMENTO	26
29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA	27
30. PRESCRIÇÃO	27
31. REGIME FINANCEIRO	27
32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	28
33. FORO	28
Condições Especiais	29

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)	29
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (IFTT-AD)...	32
COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (IFTT-AP)	37

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

1.1. A aceitação da proposta de 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.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. 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

3.1. 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.

3.2. 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.

3.3. 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.

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

3.5. 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.

3.6. Ato (Ilícito) Doloso: Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.

3.7. 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.

3.8. Beneficiário: O beneficiário do seguro é o próprio segurado e/ou seu representante legal, a quem deverá ser paga a indenização, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado, nos termos especificados na proposta de contratação.

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 valor máximo a ser pago pela Seguradora para as coberturas contratadas na hipótese de ocorrência do sinistro coberto. **Nenhuma indenização será superior ao capital segurado.**

3.11. Carência: Período contado a partir da data de início de vigência individual 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 integralidade das coberturas contratuais**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

3.12. Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do Proponente, da renovação do Seguro, da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio ou de outras alterações relativas ao Seguro contratado.

3.13. Coberturas: Correspondem as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado, conforme descrito na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

3.14. Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

3.15. Condições Especiais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

3.16. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do Estipulante/Subestipulante.

3.17. Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante/Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante/Subestipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

3.18. Corretor de Seguros: Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na Susep para intermediar e promover a comercialização de contratos de seguros, conforme Decreto-Lei n.º 73/1966 e na Lei n.º 4.594/1964. 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.

3.19. Documentos Contratuais: São a proposta de contratação, a apólice, a proposta de adesão, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.

3.20. 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.

3.21. 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.

3.22. 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.

3.23. 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.

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

3.25. Evento: Toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa passível de ser garantido por um seguro.

3.26. Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais.

3.27. Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora.

3.28. Franquia: 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.

3.29. Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante/Subestipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

3.30. Indenização: Valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.

3.31. Início de Vigência da Cobertura Individual: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

3.32. Liquidação de Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), após a verificação da existência da garantia contratada na Apólice/Certificado Individual e a análise e aceitação de toda a documentação necessária descrita nas Condições Gerais do Seguro, realizada pela área de Regulação de Sinistro da Seguradora.

3.33. Má-fé: É a consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.

3.34. Meios Remotos: São aqueles que permitem a troca de e/ou o acesso à informação e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

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

3.36. Período Indenizável: é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Desemprego Involuntário (DI) e Incapacidade Física Total, Temporária por Acidente Pessoal ou Doença (IFTT-AD) e Incapacidade Física Total, Temporária por Acidente Pessoal (IFTT-AP). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

3.37. Prêmio do Seguro: É o valor correspondente a cada um dos pagamentos, que o Segurado e/ou o Estipulante/Subestipulante paga(m) à Seguradora, destinados ao custeio do Seguro, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) cobertura(s) contratada(s).

3.38. Prescrição: Princípio jurídico que determina a extinção de um direito em consequência do transcurso do prazo legal para exercê-lo.

3.39. Proponente: É a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

3.40. Proposta de Adesão: É o documento, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

3.41. Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante/Subestipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

3.42. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da retomada do pagamento do(s) prêmio(s), dentro do prazo de suspensão.

3.43. Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações, benefícios, administração, corretagem e outras despesas neste mesmo período.

3.44. Regulação do Sinistro: É o procedimento em que a Seguradora, quando da ocorrência de um sinistro, averigua as causas e as circunstâncias para caracterização do risco ocorrido, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais e, frente a essas verificações, conclui sobre a cobertura ou não do evento ocorrido.

3.45. Riscos: Evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

3.46. Riscos Cobertos: Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a indenização e/ou reembolso ao Segurado.

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

3.48. Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

3.49. Seguradora: É a SABEMI SEGURADORA S.A., devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

3.50. Seguro: É o Contrato pelo qual uma das partes fica obrigada, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.

3.51. Sinistro: É a ocorrência do risco/evento coberto, durante o período de vigência constante na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

3.52. Suspensão: É o lapso temporal em que o Seguro não opera nenhum efeito, ficando o Segurado sem direito à(s) cobertura(s) contratada(s).

3.53. Taxa: É o valor resultante da divisão do prêmio pelo Capital Segurado.

3.54. Vigência do Seguro: É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

3.55. Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

4. RISCOS COBERTOS

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

4.1.1 Coberturas:

- a) Desemprego Involuntário (DI); e
- b) Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença (IFTT-AD).
- c) Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal (IFTT-AP).

4.2. Para fins deste seguro, as coberturas de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença (IFTT-AD) e Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal (IFTT-AP) **não podem ser contratadas em conjunto.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Salvo determinação contrária, em favor do segurado expressa na Apólice e no Certificado 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

- 6.1. As coberturas de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença (IFTT-AD) e a cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente (IFTT-AP) são válidas somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
- 6.2. A cobertura de Desemprego Involuntário (DI) é válida somente em território brasileiro.

7. ANÁLISE, ACEITAÇÃO E CONTRATAÇÃO DO RISCO

- 7.1. A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.
 - 7.1.1. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura da proposta de adesão, pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado contendo os elementos essenciais para análise do risco conforme dispuser a legislação em vigor.
 - 7.1.2. A contratação e/ou alteração do Seguro poderá ser realizada através da utilização de meios remotos.
 - 7.1.3. Quando a contratação e/ou alteração do Seguro se der através de meios remotos, a formalização do mesmo poderá ser através de Proposta de Adesão devidamente assinada ou através de login e senha previamente cadastrados pelo Proponente.
 - 7.1.4. A adesão dos segurados ao seguro poderá ser:
 - a) Diretamente junto à Seguradora;
 - b) Por intermédio de um corretor de seguros devidamente habilitado;
 - c) Por meio de um estipulante.

- 7.2. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento da proposta para manifestar-se expressamente sobre a sua aceitação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do valor do risco.
- 7.2.1. A Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação do risco ou alteração proposta, uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.2 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora das informações adicionais.
- 7.3. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 7.2. anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.
- 7.3.1. Na hipótese prevista no subitem 7.3. anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.
- 7.4. A Seguradora procederá obrigatoriamente à manifestação expressa sobre a aceitação da proposta, e no caso de não aceitação, justificando a recusa.
- 7.4.1. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 7.4.2. Quando ocorrer a emissão da apólice e/ou certificado individual dentro do prazo previsto no sub item 7.2. anterior, o subitem 7.4 se torna nulo.
- 7.5. No caso de não aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora procederá à comunicação formal, justificando a recusa.**
- 7.5.1. No caso de não aceitação da Proposta de Adesão e de já ter havido o pagamento de prêmio, os valores pagos deverão ser integralmente devolvidos, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o Proponente terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.**
- 7.6. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:
- a) A data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;
 - b) A data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou
 - c) A data de término do prazo previsto no subitem 7.2., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta prevista em 7.4.1.

7.7. Alteração da natureza do Risco

- 7.7.1. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à(s) cobertura(s) contratada(s), se ficar comprovado que ele silenciou de má-fé.
- 7.7.2. A Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravamento do risco, dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Cobertura ou cobrar a diferença de Prêmio cabível.
- a) O cancelamento do seguro somente será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
 - b) Nos casos de seguros com pagamento de prêmio mensal, não haverá qualquer restituição de Prêmio.

8. CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS

- 8.1. A contratação do seguro poderá ser realizada por meios remotos, e na forma estabelecida pela legislação específica.
- 8.2. A Apólice e/ou Certificado Individual será emitida com base nas declarações prestadas, na Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão e devidamente assinadas. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela Seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.
- 8.3. Se os dados da Apólice e/ou Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão, deverá ser solicitado à Seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice e/ou Certificado Individual.
- 8.4. As exigências para aceitação dos proponentes serão estabelecidas contratualmente.
- 8.5. Nos 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 da Apólice.

9. DIREITO DE ARREPENDIMENTO

- 9.1. Nos 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 da Apólice.
- 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, serão devolvidos, de imediato.

- 9.2.1. O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.
- 9.2.2. A Seguradora e o Corretor de Seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.
- 9.2.3. 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. EMISSÃO DA APÓLICE

- 10.1. A emissão e o envio e/ou disponibilização ao segurado, por meio físico ou remoto, da apólice, da apólice de averbação, do endosso e do certificado individual serão efetuados em até 15 (quinze) dias partir da data de aceitação da proposta
- 10.2. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes (quando houver).

11. ALTERAÇÃO DA APÓLICE E CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 11.1. O presente seguro poderá ser alterado, a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.
- 11.2. Nenhuma alteração na Apólice e/ou Certificado Individual do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante e/ou segurado, ou por corretor de seguros habilitado, e receber concordância de ambas as partes contratantes.
- 11.3. Para contratações por meio de estipulação, qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

12. RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 12.1. A Apólice e/ou Certificado Individual poderá ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se uma das partes, manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do final de vigência da Apólice e/ou Certificado Individual.
- 12.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e/ou Segurado e da Seguradora.

12.2.1. Na renovação do seguro será emitido pela Seguradora a Apólice e/ou Certificado Individual do Seguro, contendo todas as informações previstas na legislação em vigor.

12.3. Nos seguros ofertados através de Estipulante com vínculo prévio, a renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante, exclusivamente.

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1. O seguro terá início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice e/ou Certificado Individual de Seguro.

13.1.1. O início de vigência individual das coberturas contratadas será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data descrita na apólice e/ou Certificado Individual de Seguro, e seu término será às 24 (vinte e quatro) horas da data também descrita na apólice e/ou Certificado Individual de Seguro, respeitando um período mínimo de 30 (trinta) dias e máximo de 5 (cinco) anos.

13.1.2. Para contratações por meio de estipulação, na hipótese de alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução dos direitos do Segurado, a renovação deverá ter anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado. Esta disposição não se aplica aos seguros em que o vínculo entre o Segurado e o Estipulante seja exclusivamente securitário, nesta situação o tratamento será feito direto com o segurado.

13.1.3. Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas.

a) Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice na data da renovação, quando a contratação for por meio de estipulação, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.1.4. Caso a Seguradora não tenha a intenção de renovar o seguro, deverá comunicar com 30 (trinta) dias de antecedência do final de vigência da Apólice e/ou Certificado Individual.

13.1.5. No final do prazo de vigência da Apólice e/ou Certificado Individual, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

14. CAPITAL SEGUADO

14.1. O Capital Segurado será descrito nas Condições Especiais da cobertura e expresso na Apólice e no Certificado de Seguro respeitando um mínimo de 1 (uma) parcela e máxima de 12 (doze) parcelas mensais e sucessivas mediante a comprovação periódica da manutenção do sinistro.

- 14.2. Para cálculo do capital segurado, a data do evento será definida nas Condições Especiais de cada cobertura.

15. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 15.1. Para as garantias de Desemprego Involuntário e Incapacidade Física Total, Temporária por Acidente Pessoal ou Doença e Incapacidade Física Total, Temporária por Acidente, a reintegração do Capital Segurado será automática.

16. CARÊNCIA

- 16.1. Quando houver a carência será determinada e descrita na Apólice e no certificado Individual de seguros.
- 16.2. Não haverá carência para os eventos decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos, contados, ininterruptamente, da data de adesão ao seguro, conforme disposições do Código Civil vigente ou, ainda, da data do aumento do capital segurado (ocasião em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento).

17. FRANQUIA

- 17.1. Quando houver a franquia será determinada e descrita na apólice e no certificado Individual de seguro.

18. INTERVALO ENTRE OCORRÊNCIAS

- 18.1. 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.
- 18.2. Quando houver, será determinado na Apólice e no Certificado de Seguro considerando os seguintes períodos para cada cobertura:
- a) Para cobertura de Desemprego Involuntário (DI), o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias ininterruptos.
 - b) Para as coberturas de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente ou doença (IFTT-AD) e de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente (IFTT-AP), o intervalo entre ocorrências será de no mínimo 180 (cento e oitenta) dias.

19. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

- 19.1. O Segurado, independentemente de outras estipulações deste seguro, obriga-se a:

- a) Fornecer à Seguradora, no momento da contratação do seguro, seus dados completos, de forma a possibilitar seu perfeito cadastro, inclusive para fins de cobrança e cobertura do seguro contratado;
- b) Comunicar à Seguradora, por escrito e o mais rápido possível, a ocorrência de qualquer sinistro;
- c) Fornecer à Seguradora ou facilitar-lhe o 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; e
- d) Cumprir as disposições estabelecidas nestas Condições Gerais.

20. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

20.1. O Seguro poderá ser contratado através de Estipulante, e neste caso, sem prejuízo as demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e demais disposições contratuais, constituem ainda, como suas obrigações:

20.1.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

20.1.2. Em atendimento a legislação em vigor, os dados cadastrais devem conter:

20.1.2.1. Pessoa Física:

- a) Nome completo;
- b) Número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas, CPF;
- c) Natureza e número do documento de identificação, com o órgão expedidor e data da expedição;
- d) Endereço completo com número de telefone.

20.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

20.3. Sempre que solicitado, fornecer ao Segurado quaisquer informações relativas as Condições Contratuais;

20.4. Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

20.5. Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

20.6. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

20.7. Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

- 20.8. Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 20.9. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- 20.10. Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- 20.11. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- 20.12. Informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro;
- 20.13. Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, tíquete, contracheque ou quaisquer outros documentos, o valor do prêmio do seguro de cada Segurado;
- 20.14. Dar ciência prévia aos Segurados acerca das condições do seguro, além dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- 20.15. É expressamente vedado ao estipulante:
- a) Cobrar dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados e pela Seguradora;
 - b) Rescindir a apólice sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado. Esta disposição não se aplica aos seguros em que o vínculo entre o Segurado e o Estipulante seja exclusivamente securitário, nesta situação o tratamento será feito direto com o segurado;
 - c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
 - d) Incluir compulsoriamente os Produtos de Seguro na compra e venda de qualquer de seus produtos;
 - e) Regular ou prometer regular/concluir análise de sinistro; e
 - f) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.
- 20.16. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o estipulante às cominações.
- 20.17. Sempre que solicitado pelo Segurado, obrigatoriamente a Seguradora informará a situação de adimplência do Estipulante.

20.18. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar em ônus ou dever ou redução de direitos para os segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20.19. Havendo remuneração ao estipulante constará no certificado individual e proposta de contratação e/ou adesão o percentual e valor.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. O custeio do Seguro poderá ser:

21.1.1. **Contributário:** onde os segurados pagam a totalidade do prêmio;

21.1.2. **Parcialmente Contributário:** onde Segurado e Estipulante/Subestipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; e

21.1.3. **Não Contributário:** onde o Estipulante/Subestipulante paga a totalidade do prêmio.

21.2. A data limite para pagamento do prêmio à vista, mensal ou da primeira parcela não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia, contados a partir da data de emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

21.3. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista, mensal ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

21.4. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista, mensal ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

21.4.1. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

21.4.2. Nos prêmios fracionados não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

21.5. Na cobrança de prêmio mediante boleto bancário, a Seguradora tomará as providências necessárias para que o Segurado o receba em até 10 (dez) dias antes da data de vencimento do prêmio.

21.6. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela nas datas indicadas implicará no cancelamento automático do seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

- 21.7. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observado o cálculo pró rata.
- 21.8. A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal por meio de comunicação escrita o novo prazo de vigência ajustado.
- 21.9. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice e/ou Certificado Individual.
- 21.10. Findo o novo prazo de vigência da cobertura sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.
- 21.11. No caso de fracionamento em que a aplicação do cálculo pro rata não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato.
- 21.12. No seguro mensal, o não pagamento do prêmio mensal na data indicada no respectivo documento de cobrança implicará no cancelamento automático do seguro, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

22. BENEFICIÁRIOS

- 22.1. 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.

23. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

- 23.1. Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como risco excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por meio dos canais existentes de comunicação: Central de Atendimento através do número 0800 880 1900, site Sabemi, no endereço www.sabemi.com.br/comunicar-sinistro ou através de correio.
- 23.2. Em seguida deverá ser encaminhada a documentação necessária relacionada nas Condições Especiais de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

- 23.3. Será considerada como data da comunicação a data do protocolo de entrega e recebimento de toda a documentação para análise e regulação do sinistro pela Seguradora. Se feita através de correio, igualmente será considerada a data constante do aviso de recebimento assinado pela Seguradora.
- 23.4. 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.
- 23.5. Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

24. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTROS:

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

24.1.1. Segurado Pessoa Física:

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

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

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

24.1.4. 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.

24.2. Perícia / Junta Médica

- 24.2.1. 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.

- 24.2.2. 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.
- 24.2.3. 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.
- 24.2.4. 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.
- 24.2.5. 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.
- 24.2.6. 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.
- 24.2.7. 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.
- 24.2.8. 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.

25. ANÁLISE E REGULAÇÃO DO SINISTRO

- 25.1. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:
- a) Para a Cobertura de Desemprego Involuntário (DI), a data indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
 - b) Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença (IFTT-AD), a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;
 - c) Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal (IFTT-AP), a data do acidente que gerou a incapacidade total e temporária por acidente pessoal do segurado.
- 25.2. O valor a ser indenizado será correspondente ao valor do capital segurado contratado pelo segurado vigente na data do evento, descrito na Apólice e Certificado de Seguro.
- 25.3. A indenização não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos limites máximos apresentados na Apólice e/ou Certificado de Seguro, respeitados os capitais segurados para cada cobertura contratada.

25.4. 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.

25.5. 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.

26. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

26.1. 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.

26.2. 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 da Apólice e/ou Certificado de Seguro.

26.3. 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.

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

26.3.2. 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.

26.3.3. 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.

26.3.4. Caso haja atraso no pagamento da Indenização, a importância devida pela Seguradora, relativa ao Evento Coberto, será atualizada com base na variação descrita no item 29 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA, desde a data do Sinistro até a data do efetivo pagamento.

26.3.5. 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.

26.3.6. A forma de pagamento da indenização será definida em cada Cobertura contratada e especificada na Proposta de Contratação do seguro.

26.3.7. Os valores relativos a sinistros estão sujeitos a atualização monetária pela variação do índice descrita no item 29 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA, quando não forem cumpridos os prazos exigidos em lei, considerando-se a seguinte data de exigibilidade a seguir:

a) A data da ocorrência do evento;

26.3.8. 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

22.4.1. 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 de toda a documentação solicitada.

27. PERDA DE DIREITOS

27.1. 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.

27.2. 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; e/ou**
- c) O segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro.**

27.3. 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.

27.4. 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.

27.5. 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.

27.5.1. 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.

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

27.6. 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; e
- c) O segurado deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

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

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

27.7. 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.

28. RESCISÃO E CANCELAMENTO

- 28.1.** O seguro poderá ser cancelado, durante a sua vigência, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.
- 28.2.** Em caso de não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio na contratação até a data do seu vencimento, não será caracterizada a efetivação da contratação do seguro.
- 28.3.** Para os casos de opção por pagamento do prêmio em parcelas mensais:
- 28.3.1.** Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira iniciará a contagem do prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento da 1ª (primeira) parcela inadimplente.
- 28.3.2.** Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido, a seguradora encaminhará ao segurado uma notificação, para adverti-lo quanto a necessidade de pagamento do prêmio vencido, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, sob pena de cancelamento.
- 28.3.3.** Decorrido o prazo concedido para a regularização da inadimplência, sem que o pagamento do prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecido. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.
- 28.3.4.** Durante o prazo de tolerância, descrito no subitem 28.3.1, estarão cobertos os sinistros ocorridos durante a inadimplência, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), com os encargos previstos item 29 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA
- 28.4.** Restabelecido o pagamento do prêmio ficará restaurado o prazo original de vigência do Certificado Individual de seguro.
- 28.5.** O seguro terminará, sem qualquer restituição de prêmio:
- a) Quando o segurado deixar de pagar o prêmio, observado o prazo indicado no subitem 28.3.1. do item 28;
 - b) Quando terminar o período de vigência do certificado individual de seguro;
 - c) Com a morte do segurado;
 - d) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo segurado, seu representante legal, beneficiário ou corretor, devidamente comprovado(s) na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
 - e) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 29 – PERDA DE DIREITO DA INDENIZAÇÃO.

28.6. Além das hipóteses previstas no sub item 28.5, o seguro terminará, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com concordância recíproca. Nestes casos a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido de vigência.

28.6.1. Em caso de arrependimento manifestado dentro do prazo previsto no subitem 8.5 do item 8 – CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIOS REMOTOS, a restituição do prêmio será integral.

29. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS, JUROS E MORA

29.1. Atualização Monetária

29.1.1. Os valores devidos a título obrigações pecuniárias estão sujeitas a atualização monetária pela variação positiva do IGP-M-IBGE (índice de geral de preços de mercado – do instituto brasileiro de estatística) a partir da data da data em que se tornarem exigíveis.

29.1.2. 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.

29.1.3. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado o IPC-A-IBGE (índice de preços ao consumidor amplo – do instituto brasileiro de estatística) como índice substituto para atualização das obrigações pecuniárias.

29.2. Mora

29.2.1. 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.

30. PRESCRIÇÃO

30.1. Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

31. REGIME FINANCEIRO

31.1. O presente Seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, sendo que neste regime não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados, Beneficiários ou Estipulante/Subestipulante.

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 32.1. A Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante/Subestipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.
- 32.2. A propaganda e a divulgação do Seguro, por parte do Estipulante/Subestipulante ou corretor de Seguro, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, bem como os dispositivos contidos na Apólice e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.

33. FORO

- 33.1. 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

COBERTURA DE DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO (DI)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** 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 indicados nestas Condições Especiais, **excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** 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 descritos na Apólice e/ou Certificado de Seguros, 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 (DI), 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 (DI) é necessário que se comprove o mesmo número meses consecutivos de trabalho com um mesmo empregador conforme descrito na Apólice e/ou Certificado de Seguros, entre o pagamento final de um sinistro e a reclamação de outro sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “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; e
- s) Segurados que tenham sido demitidos durante o período de experiência anotado na carteira profissional.

5. CAPITAL SEGUADO

5.1. O valor do capital segurado poderá corresponder a:

- a) Quantidade de até “x” parcelas 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 na Apólice e/ou Certificado de Seguros.**

- b) Ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o valor total da cobertura estabelecido na Apólice e/ou Certificado 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. FRANQUIA/CARÊNCIA

- 6.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e/ou Certificado de Seguro, respeitado o limite mínimo de 15 (quinze) dias e 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.
- 6.2. **CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e/ou Certificado de Seguro, respeitado o 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.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

7.1. Documentos Básicos em caso de Sinistros

- 7.1.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “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) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência 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 da identificação, página de baixa na carteira e página posterior a baixa;
 - f) Cópia do Formulário de Dispensa do M.T.E – CD;
 - g) 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
 - h) Cópia da Apólice e/ou Certificado de Seguro.

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

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 8.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma única ou 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 na Apólice e/ou Certificado de Seguro.
- 8.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada a ser paga no mês, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

9. RATIFICAÇÃO

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (IFTT-AD)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. 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, em caso de afastamento temporário da ocupação profissional habitual do segurado 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 por Acidente Pessoal ou Doença (IFTT-AD) é válida para profissionais que possuam vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.
- 1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária por acidente pessoal ou doença 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 por Acidente Pessoal ou Doença 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.

2. ELEGIBILIDADE

- 2.1. São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal ou Doença, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, apresentando o período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “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 reumatóide, 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, seqüela 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 miofacial, 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 "invalidez 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"; e
- 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) Quantidade de até "x" parcelas 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 na Apólice e/ou Certificado de Seguro.**
- b) Ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e/ou Certificado 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 por acidente pessoal ou doença do segurado.

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

- 5.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e/ou Certificado 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.
- 5.2. **CARÊNCIA:** O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e/ou Certificado de Seguro, respeitado o 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.
- 5.2.1. 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.
- 5.2.2. 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.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

6.1. 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 24.2. das Condições Gerais.

6.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

- 6.2.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “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) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência 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) Em caso de trabalhador da iniciativa privada, encaminhar cópia do formulário CAT – Comunicado de acidente do trabalho, devidamente preenchido pelo empregador;
- f) Cópia do relatório médico contendo nome do paciente, data do evento, diagnóstico, tratamento e tempo necessário do afastamento das atividades laborativas, atendimento, diagnóstico, tratamento aplicado. O relatório deve ser emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- g) Cópia dos resultados de exames realizados para o diagnóstico e tratamento;
- h) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- 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.

7. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- 7.1. 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 na Apólice e/ou Certificado de Seguro.
- 7.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada pelo segurado, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

8. RATIFICAÇÃO

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

COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE PESSOAL (IFTT-AP)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. 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, em caso de afastamento temporário da ocupação profissional habitual do segurado 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 por Acidente Pessoal (IFTT-AP) é válida para profissionais que possuam vínculo empregatício, exclusivamente ao regime da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e aos profissionais liberais ou autônomos que possam justificar uma atividade profissional.
- 1.3. A cobertura de incapacidade física total e temporária por acidente pessoal 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.
- 1.6. Após pagamento da Indenização para se ter direito a um novo benefício de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal 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.

2. ELEGIBILIDADE

- 2.2. São elegíveis para a cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária por Acidente Pessoal, todas as pessoas físicas, profissionais liberais ou autônomos devidamente comprovados, e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro, apresentando o período mínimo de 6 (seis) meses consecutivos e ininterruptos de trabalho, e desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento prescrito como risco excluído na data do evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.2. Além dos riscos excluídos apresentados na cláusula – “riscos excluídos” das condições gerais estão também excluídos, salvo disposição contrária, em favor do segurado:

- a) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- b) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- c) 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;
- d) 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;
- e) 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 (lrc), 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;
- f) Gravidez, parto ou aborto e suas consequências;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, salvo quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de sinistro ocorrido na vigência do seguro;
- h) Alterações, distúrbios ou doenças mentais e/ou psiquiátricas, inclusive o “stress”; e
- i) 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) Quantidade de até “x” parcelas 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 na Apólice e/ou Certificado de Seguro.**
- b) Ao valor do capital segurado contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

- 4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, será considerada “data da ocorrência do evento coberto” a data do acidente que gerou a incapacidade total e temporária por acidente pessoal do segurado.

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

- 5.1. **FRANQUIA:** O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar na Apólice e/ou Certificado 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.

- 5.1.1. **CARÊNCIA:** 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.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

6.1. 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 24.2. das Condições Gerais.

6.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

- 6.2.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto na Cláusula “PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS”, item – “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) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência 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) Em caso de trabalhador da iniciativa privada, encaminhar cópia do formulário CAT – Comunicado de acidente do trabalho, devidamente preenchido pelo empregador;
- f) Cópia do relatório médico contendo nome do paciente, data do evento, diagnóstico, tratamento e tempo necessário do afastamento das atividades laborativas, atendimento, diagnóstico, tratamento aplicado. O relatório deve ser emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
- g) Cópia dos resultados de exames realizados para o diagnóstico e tratamento;
- h) Cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar;
- 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.

7. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. 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 acidente pessoal coberto, observado o limite de parcelas mensais contratadas estabelecido na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

7.2. O valor de cada parcela corresponderá ao valor da parcela contratada pelo segurado, observado o valor máximo estabelecido na Apólice e/ou Certificado de Seguro.

8. RATIFICAÇÃO

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

Porto Alegre, 25 de abril de 2023.

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

Antônio Tulio Lima Severo
Diretor designado como responsável técnico da
Sociedade, nos termos do art. 1º, II, da Circular
SUSEP nº 234/2003