

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO

RENDAS ALEATÓRIAS - BILHETE (incapacidade)



CG 20200413TM

maio 2020

Sumário

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	4
3. DEFINIÇÕES	4
5. RISCOS COBERTOS	7
6. RISCOS EXCLUÍDOS	8
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	9
8. CAPITAL SEGURADO	9
9. FRANQUIA	9
10. CARÊNCIA	9
11. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	10
12. FORMA DE CONTRATAÇÃO	13
13. VIGÊNCIA DO SEGURO	13
14. BENEFICIÁRIOS	14
15. RENOVAÇÃO DO SEGURO	14
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO	14
17. PERDA DE DIREITOS	15
18. RESCISÃO E CANCELAMENTO	17
19. PRAZO DE ARREPENDIMENTO	18
20. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS	18
21. PRESCRIÇÃO	19
22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
23. ELEMENTO DO BILHETE	19
24. FORO	20
25. OUVIDORIA	20
CONDIÇÕES ESPECIAIS	21
INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL E TEMPORÁRIA (IFTT)	21

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro de Incapacidade Física Temporária que estabelecem as normas das Coberturas contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão considerados em caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras. O Segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da emissão do bilhete, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento disponibilizados pela EZZE Seguros.

A Seguradora, ou seu Representante de Seguros, fornecerão ao Segurado a confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Observações:

A ACEITAÇÃO DESTES SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO;

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR O BILHETE DE SEGURO NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DO BILHETE DE SEGURO.

O REGISTRO DESTES PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO;

AS PEÇAS PROMOCIONAIS E DE PROPAGANDA DEVERÃO SER DIVULGADAS COM AUTORIZAÇÃO EXPRESSA E SUPERVISÃO DA SOCIEDADE SEGURADORA, RESPEITADAS RIGOROSAMENTE AS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS E A NOTA TÉCNICA ATUARIAL SUBMETIDA À SUSEP.

O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS, NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR, POR MEIO DO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF;

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo o pagamento de uma renda ao segurado principal ou 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

Os termos e as expressões a seguir definidos, tem por objetivo elucidar as dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais e Cláusulas que regem o Contrato de Seguro.

Para os fins deste Contrato de Seguro, essas palavras e expressões terão sempre os seguintes significados:

3.1. DEFINIÇÕES GERAIS

Para facilitar a compreensão da linguagem utilizada, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante destas Condições Gerais.

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.

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.

ATO ILÍCIDO: Toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

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.

ATO (ILÍCITO) DOLOSO: Ato intencional praticado para prejudicar a outrem.

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.

BENEFICIÁRIO O beneficiário do seguro é o segurado ou seu representante legal, a quem deverá ser paga a indenização.

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.

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.

CAPITAL SEGURO: 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.**

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.

COBERTURA: Corresponde ao risco assumidos e coberto pela Seguradora, conforme descrito na apólice ou bilhete de seguro.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes do Bilhete de Seguro, das Condições Gerais e das Condições Especiais. Sinônimo: Contrato de Seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

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 representantes, 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.

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.

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.

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.

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

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

FRANQUIA: corresponde ao período de tempo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento de incapacidade física temporária onde o segurado deverá permanecer na qualidade de incapaz temporariamente para poder reclamar a cobertura do seguro.

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA: Data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

PERÍODO DE COBERTURA: É aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRÊMIO: Importância paga pelo segurado à Seguradora em contrapartida à aceitação e cobertura do risco a que o segurado está exposto.

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

REGULAÇÃO DO SINISTRO: Trata-se do processo de avaliação das causas, consequências e circunstâncias do sinistro e do direito à indenização.

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.

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

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

RISCOS EXCLUÍDOS: Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

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

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.

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do Bilhete de Seguro.

VIGÊNCIA: período de tempo que determina o início e fim do seguro.

5. RISCOS COBERTOS

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

- Incapacidade Física Total e Temporária (IFTT).

6. 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:

- Do início de vigência individual do seguro; ou
- Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado / representante. 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:
 - Que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para vôo ou navegação;
 - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
 - Que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- Incapacidade Física Total Temporária e válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado corresponde ao valor contratado pelo segurado na data do evento.

8.1.1. Os capitais segurados poderão ser atualizados conforme disposições especificadas no Bilhete de Seguro, tendo como base o índice pactuado, nos termos da regulamentação em vigor.

9. FRANQUIA

Em caso de período de franquia estipulado para a Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida no Bilhete de Seguro e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

10. CARÊNCIA

10.1 É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência do Seguro, ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, onde sinistros ocorridos neste período não terão cobertura, ficando o segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

10.2 O período de carência quando houver, será descrito no Bilhete e nas Condições Especiais das coberturas contratadas.

10.3 Haverá uma carência de dois anos, contados a partir da Vigência inicial do Seguro, ou da sua recondução, depois de suspenso, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

10.4 Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

11. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

11.1 Condições básicas:

11.1.1 Ocorrendo um evento coberto, este deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, Beneficiário(s) ou seu Representante e dirigida à Seguradora aos cuidados do Departamento de Sinistros ou por meio da Central de Atendimento, logo que o saiba(m).

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

11.2 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

11.3 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.

11.4 Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

11.2 Documentos básicos em caso de Sinistros:

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:

11.2.1 Segurado:

- 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.
- Cópia do Comprovante de residência atualizado.

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

11.2.3 Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência, constante das Condições Especiais das Coberturas contratadas.

11.2.4 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.

11.3 Perícia / Junta Médica

11.3.1 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.

11.3.2 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.

11.3.3 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.

11.3.4 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.

11.3.5 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.

11.3.6 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.

11.3.7 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.

11.3.8 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.

11.4 Regulação de Sinistros

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

- a) Na Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária, a data do laudo médico atestando a incapacidade total e temporária;

11.4.2 O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será correspondente ao valor do capital segurado contratado pelo segurado vigente na data do evento, limitado ao capital contratado.

11.4.3 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.

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

11.4.5 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.

11.5 Pagamento de Indenização

11.5.1 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.

11.5.1.1 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 na Cláusula “Procedimentos em Caso de Sinistros”, subitem “Documentos Básicos em Caso de Sinistros” e os relacionados na respectiva Condições Especiais contratada motivadora do pleito de indenização.

11.5.2.2 A relação de documentos específicos necessários para a regulação do Sinistro está prevista na respectiva Condição Especial.

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

11.5.4 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.

11.5.5 No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar ao SEGURADO 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.

11.5.6 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 mora.

11.5.7 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.

11.5.8 A forma de pagamento da indenização será definida na Cobertura contratada.

11.5.9 Os valores relativos a sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE, 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;**

11.5.10 No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará o Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

11.5.11 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.

11.6 Recusa de Sinistro

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

12. FORMA DE CONTRATAÇÃO

12.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco;

12.2. Este seguro é contratado através de emissão de bilhete, que poderá ser feita mediante solicitação verbal do interessado, desde que realizada de modo inequívoco, cuja comprovação caberá à seguradora. Podendo ainda a contratação ser realizada através de meios remotos;

12.3. 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.

12.4. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

13. VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1 O período de vigência do seguro terá início e término de vigência às 24h00 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim indicadas no Bilhete de Seguro.

13.2 Assim, respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, ou em caso de cancelamento, devendo ser solicitado formalmente a seguradora, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer.

13.3 Nos casos em que houver repactuação do prazo original do contrato, relativo a obrigação, a seguradora deverá ser comunicada e:

14. BENEFICIÁRIOS

14.1. O beneficiário do seguro será o próprio segurado, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.

15. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Não há.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

16.1.1 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o trigésimo dia da emissão do bilhete e será contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

16.1.2 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.

16.2 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.

16.3 O prêmio pago ao Representante de Seguro considera-se feito a Seguradora.

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

16.5 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.

16.5.1 O prazo de Suspensão da Cobertura será de 90 (noventa) dias. Após este período o seguro será cancelado automaticamente pela Seguradora, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

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

16.5.3 A reabilitação do Bilhete de Seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o representante 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.

16.6 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.

16.7 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.

16.8 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.

17. PERDA DE DIREITOS

16.1 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.

16.2 O SEGURADO PERDERÁ O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO E RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO DECORRENTE DO PRESENTE CONTRATO QUANDO:

16.2.1 AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO;

16.2.2 DEIXAR DE CUMPRIR COM AS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE CONTRATO;

16.2.3 O SEGURADO, POR SI OU POR SEU REPRESENTANTE, FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DO SEGURO.

16.2.3.1 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;**
- iii. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DE INDENIZAÇÃO:**
- iv. 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**

- v. 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.
- b) 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.

16.3 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:

16.3.1 A SEGURADORA, DESDE QUE O FAÇA NOS 15 (QUINZE) DIAS SEGUINTE 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.

16.3.2 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.

16.3.3 NA HIPÓTESE DE CONTINUIDADE DO CONTRATO, A SEGURADORA PODERÁ COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

16.4 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:

16.4.1 REGISTRAR A OCORRÊNCIA DO SINISTRO JUNTO ÀS AUTORIDADES COMPETENTES QUANDO FOR O CASO;

16.4.2 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;

16.4.3 ALÉM DAS OBRIGAÇÕES DESTA CLÁUSULA, O SEGURADO, EM CASO DE SINISTRO, DEVERÁ CUMPRIR AS INSTRUÇÕES DETERMINADAS NAS CONDIÇÕES DE CADA COBERTURA.

16.4.4 PAGAR EM DIA OS PRÊMIOS DO SEGURO FIXADOS NOS DOCUMENTOS DE COBRANÇA DA SEGURADORA OU OUTRA FORMA PACTUADA;

16.5 O SEGURADO DEIXAR DE PARTICIPAR O SINISTRO À SEGURADORA, TÃO LOGO TOME CONHECIMENTO, E NÃO ADOTAR AS PROVIDÊNCIAS IMEDIATAS PARA MINORAR SUAS CONSEQUÊNCIAS;

16.6 O NÃO CUMPRIMENTO, POR PARTE DO SEGURADO, DAS OBRIGAÇÕES E NORMAS ESTABELECIDAS NESTA CLÁUSULA, BEM COMO NESTAS CONDIÇÕES COMO UM TODO, PODERÁ ACARREAR A SUSPENSÃO OU RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO, CONSOANTE A ANÁLISE PROCEDIDA PELA SEGURADORA.

18. RESCISÃO E CANCELAMENTO

17.1 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.

17.2 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.

17.3 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 Contrato de Seguro e o cancelamento do respectivo 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.

17.4 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”**
- d) Com o pagamento integral da indenização.**

17.5 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.**

17.6 O Bilhete de Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17.7 Na falta de pagamento do prêmio, haverá a Suspensão de Cobertura conforme item 16.5 da Cláusula “Pagamento do Prêmio” e após o prazo estabelecido o Bilhete de Seguro será cancelado automaticamente pela seguradora.

19. PRAZO DE ARREPENDIMENTO

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

19.2 Caso o segurado exerça o direito de arrependimento, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante o prazo a que se refere o item 19.1 anterior, serão devolvidos, de imediato.

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

19.4 A sociedade seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

19.5 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.

20. ATUALIZAÇÃO DE VALORES E ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES PECUNIÁRIAS

20.1 – Atualização de Valores

20.1.1. O Capital Segurado, bem como o Prêmio deste seguro serão atualizados anualmente, pela aplicação do percentual de variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

20.1.2. Nos seguros contratados sob a forma de pagamento de prêmio mensal, os valores serão recalculados na mesma periodicidade de acordo com a variação do Capital Segurado, acrescidos do recálculo anual do prêmio em função da nova idade atingida do Segurado.

20.1.3. Nos seguros contratados sob a forma de pagamento único, não haverá recálculo do prêmio pago à vista.

20.2 – Atualização das Obrigações Pecuniárias

As demais obrigações serão atualizadas com base no Índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) a partir da data em que se tornarem exigíveis.

20.3 No caso de extinção do índice pactuado – IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a Seguradora utilizará aquele definido pelo Conselho Monetário Nacional – CMN como índice de preços relacionado às metas de inflação.

20.4 Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas nesta cláusula serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

20.5 A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.6 O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

21. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais serão aqueles determinados em lei.

22. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Representante 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.

23. ELEMENTO DO BILHETE

23.1. O Bilhete de Seguro, deverá especificar os seguintes elementos mínimos:

- a) ramo(s) de seguro, com o(s) respectivo(s) código(s), nos termos da legislação específica, do(s) plano(s) de seguro vinculado(s) ao bilhete;
- b) nome completo da Sociedade Seguradora, CNPJ e o código de registro junto à Susep;
- c) número(s) do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à Susep do(s) plano(s) de seguro ao(s) qual(ais) se vincula o bilhete;
- d) número de controle do bilhete;
- e) a data da emissão do bilhete;
- f) nome completo e documento de identificação (CPF) do proponente/segurado
- g) identificação do(s) beneficiário(s), no caso de cobertura que prevejam a Morte do segurado;
- h) a (s) cobertura (s) contratada (s);
- i) o valor do limite máximo do capital segurado de cada cobertura contratada;
- j) modalidade do capital Segurado, bem como a sua descrição (se capital vinculado, capital fixo ou capital variável)
- k) especificação a qual a obrigação do seguro encontra-se atrelada
- l) riscos excluídos;
- m) as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas;
- n) o período de vigência da(s) coberturas (s) contratada (s), incluindo a data de início e término;
- o) o valor a ser pago pelo segurado a título de prêmio, incluindo prêmio do seguro, IOF e valor total a ser pago pelo segurado;
- p) o prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, a sua periodicidade;
- q) prazos de tolerância e os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos;
- r) documentação necessária para o recebimento da indenização para cada cobertura contratada;

- s) prazo máximo para pagamento da indenização ou do capital segurado pela sociedade seguradora;
- t) o número de telefone gratuito da Central de Atendimento ao segurado ou beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do Bilhete de Seguro;
- u) a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de seguro ao qual se vincula o Bilhete de Seguro;
- v) o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;
- w) chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora;
- x) nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

23.2. O Bilhete de Seguro deverá ainda constar a seguinte informação:

- i. "A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver."

24. 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.

25. OUVIDORIA

A EZZE Seguros, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes. As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:

- Por email: ouvidoria@ezzeseguros.com.
- Por carta, diretamente à Ouvidoria da EZZE Seguros, endereçada à:

EZZE Seguros – Ouvidoria

Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 50 -10º andar

Vila Nova Conceição – São Paulo - SP - CEP: 04543-000

Por telefone: 11 2110 5500, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

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, 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 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.

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.

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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

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 conseqüências;**
- 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 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 conseqüentes, de conhecimento do segurado;**
- j) Hospitalização para check-up;**
- k) Afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo bilhete de 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 (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 conseqüências 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 conseqüências;**
- 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 conseqüências, 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 capital segurado corresponderá ao valor contratado pelo segurado na data de ocorrência do evento coberto, respeitado o limite máximo estabelecido no Bilhete de Seguro.

4.2. O valor da obrigação mencionada no item 5.1. anterior será pago após o cumprimento do período de franquia, desde que o segurado não esteja exercendo nenhuma outra atividade remunerada.

4.1. 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.

4.2. Anualmente o Capital Segurado será corrigido automaticamente no aniversário de contratação do Bilhete de Seguro, de acordo com o índice pactuado nas Condições Gerais do seguro, ou a qualquer tempo mediante a solicitação do segurado e aceitação da Seguradora

5. FRANQUIA/CARÊNCIA

5.1. FRANQUIA: O período de Franquia poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, respeitado o limite máximo de 15 (quinze) dias ininterruptos a contar da efetiva ocorrência do evento coberto onde o segurado deverá permanecer na qualidade de afastado de suas atividade para poder reclamar a cobertura do seguro.

5.2. CARÊNCIA: O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente e quando aplicável, deverá constar no Bilhete de Seguro, 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 “Perícia / Junta Médica” das Condições Gerais.

6.2. Documentos Básicos em caso de Sinistros

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) 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) Cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s).

7. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Parcela Única

7.1.1. O pagamento do capital segurado se dará na forma de uma única prestação no valor do capital segurado contratado, desde que não exerça nenhuma outra atividade remunerada, observado o limite de capital contratado estabelecido no Bilhete de Seguro.

8. RATIFICAÇÃO

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