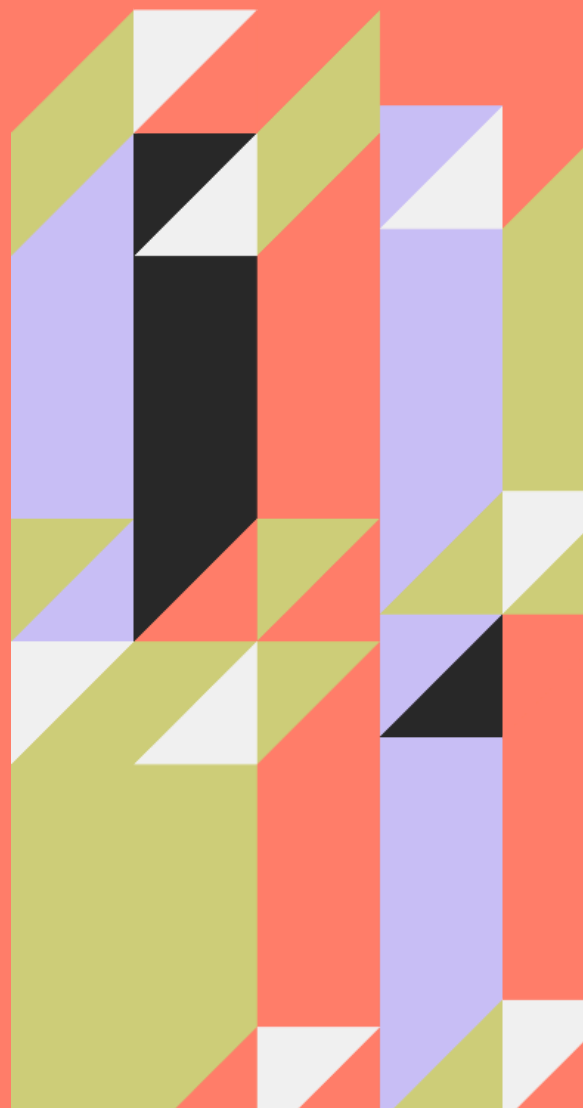


Seguro
Perda de Renda
Individual
Bilhete
Ramo 1387

Processo Susep nº 15414.653677/2025-17
Versão 12/2025



1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES	2
2. GLOSSÁRIO	2
3. OBJETIVO DO SEGURO	4
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO	4
5. COBERTURAS DO SEGURO	4
6. RISCOS EXCLUÍDOS	5
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	8
8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	8
9. PAGAMENTO DE PRÊMIO	9
10. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	10
11. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	10
12. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO	11
13. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA	12
14. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO	12
15. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	13
16. CARÊNCIA	13
17. FRANQUIA	13
18. PERDA DE DIREITOS	13
19. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO	15
20. BENEFICIÁRIOS	15
21. FORO	15
22. PRESCRIÇÃO	15

CONDIÇÕES GERAIS

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. Este seguro é garantido pela 180 Seguros S.A. CNPJ 39.999.619/0001-97.
- 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 seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- 1.4. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

2. GLOSSÁRIO

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Agravação do risco: aumentar a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela seguradora quando da aceitação da proposta de contratação e da proposta de adesão do seguro.

Bilhete de Seguro: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a contratação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta.

Cancelamento: dissolução antecipada do contrato de seguro.

Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: é o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do bilhete de seguro, durante o qual o segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento do prêmio.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais, que estabelecem os direitos e obrigações do segurado, representante, beneficiário e seguradora.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as coberturas do seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Corretor de Seguro: profissional habilitado pela SUSEP e autorizado a angariar e promover contratos de seguros.

Doenças ou Lesões Preexistentes: doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado, anteriormente à data de adesão ao seguro, que sejam de seu conhecimento no ato da adesão.

Documentos Contratuais: bilhete de seguro e endosso.

Emolumento: conjunto de despesas adicionais que a seguradora cobra do segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o seguro.

Evento: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento decorrente de uma mesma causa, passível de ser garantido pelo seguro.

Franquia: é o período de tempo ininterrupto, não considerado para cálculo do pagamento de indenização.

Indenização: é o valor que a seguradora deve pagar ao segurado em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações 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.

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado e/ou pelo representante à seguradora, com periodicidade prevista no contrato, para a garantia do risco.

Pro-rata temporis: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias decorridos de vigência do contrato.

Profissional Autônomo: é um profissional sem vínculo empregatício, que trabalha de forma independente e não é funcionário de nenhuma empresa.

Proposta de Contratação: documento que formaliza o interesse do proponente pessoa jurídica (representante) em contratar o seguro.

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.

Risco: é a possibilidade de um acontecimento externo, inesperado, causador de dano

material e/ou corporal, gerando um prejuízo ou necessidade econômica. As características que definem o risco são: incerto e aleatório, possível, futuro e independentemente da vontade das partes contratantes.

Riscos Cobertos: riscos previstos no contrato de seguro que, em caso de concretização, dá origem a indenização ao segurado.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Contratuais e/ou no bilhete de seguro **que não serão cobertos pelo seguro.**

Segurado: pessoa física que contrata o seguro em seu benefício ou de terceiros.

Seguradora: empresa legalmente constituída e autorizada para assumir e gerir riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência de evento passível de cobertura e indenização, durante o período de vigência do seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados. Autarquia federal responsável pela regulação e fiscalização do mercado de seguros.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, com início e término determinado no bilhete do seguro.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.2. Este seguro tem por objetivo garantir ao Segurado, o pagamento de uma indenização em decorrência dos eventos previstos e cobertos nestas Condições Gerais, respeitando-se as demais cláusulas contratuais do presente contrato de seguro.

3.2. O presente seguro tem por finalidade exclusiva o pagamento da indenização em caso de ocorrência dos eventos cobertos expressamente contratados. Fica estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas havidas pelo segurado para mitigação, contenção ou tratamento de doenças ou lesões, ainda que para evitar o agravamento do seu estado de saúde. Em havendo despesas desta natureza, estas serão de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas nesta apólice.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

4.1. Considera-se âmbito geográfico das coberturas os eventos ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário.

5. COBERTURAS DO SEGURO

5.1. Este seguro é composto por cobertura básica, com contratação obrigatória, e cobertura adicional, de contratação facultativa.

5.2. Somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas no bilhete de seguro, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras descritas nestas Condições Contratuais.

5.3. Cobertura Básica de Desemprego Involuntário

5.3.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de salário do mesmo decorrente de desemprego involuntário por tempo indeterminado, motivada pela rescisão do contrato de trabalho regido pela CLT – Consolidação das Leis de Trabalho pelo seu empregador, durante a vigência do bilhete de seguro.

5.3.2. Deverá ser comprovado, na data do sinistro, vínculo empregatício (carteira de trabalho assinada) e um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador até a data da rescisão do contrato de trabalho, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais.

5.3.3. Após cada indenização de perda de renda por desemprego involuntário, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período de trabalho mínimo ininterrupto, após a data da demissão involuntária anterior, para um mesmo empregador de 12 (doze) meses, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais.

5.4. Cobertura Adicional de Incapacidade Física Total Temporária

5.4.1. A presente cobertura garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de perda de renda do mesmo por incapacidade física total e temporária, em decorrência de acidente pessoal ou doença, que o impeça de realizar sua atividade remunerada habitual por um período superior a 15 (quinze) dias consecutivos, durante a vigência do bilhete de seguro, desde que o segurado seja profissional liberal e/ou autônomo e que possua comprovação de atividade profissional remunerada.

5.4.2. A caracterização da incapacidade física total e temporária pelo tempo superior a 15 (quinze) dias consecutivos deverá ser comprovada por relatórios médicos e exames médicos que comprovem esta condição, realizados por médicos legalmente habilitados.

5.4.3. Deverá ser comprovada, na data do sinistro, a atividade profissional remunerada do segurado por um período ininterrupto não inferior a 12 (doze) meses da data da ocorrência do sinistro.

5.4.4. Após cada indenização de perda de renda por incapacidade temporária, somente haverá uma nova indenização, caso o segurado comprove novo período

mínimo ininterrupto de 12 (doze) meses de atividade profissional remunerada.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Salvo disposição em contrário, estão excluídos para todas as coberturas estabelecidas nas Condições Gerais, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Atos terroristas, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de resolução, de agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, passeatas, protestos ou outras perturbações da ordem pública interna ou internacional e delas decorrentes, exceto quando o sinistro decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva;**
- b) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- c) Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados, pelo(s) Segurado(s), Beneficiários(s) ou pelo representante de um ou de outro,, bem como os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, seus Beneficiários e respectivos representantes do Estipulante;**
- d) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes à adesão do segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do segurado e não declaradas no momento da adesão;**
- e) Tratamentos estéticos, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;**
- f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, inundações ou enchentes de grande proporção e outros eventos naturais extremos que excedam a capacidade de resposta das autoridades locais;**
- g) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente;**
- 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) Acidente terrestre, aéreo ou marítimo, quando o segurado for o condutor do veículo acidentado sem habilitação legal e apropriada para conduzi-lo ou quando esta estiver suspensa e/ou cassada ou quando o exame médico estiver vencido e não puder ser renovado;**
- j) Lesão premeditada autoinfligida, suicídio voluntário ou sua tentativa quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do seguro;**
- k) Quaisquer causas não acidentais.**

6.2. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão excluídos da cobertura de Desemprego Involuntário os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Renúncia ou pedido de demissão voluntária apresentado pelo segurado;
- b) Demissão por justa causa cometida pelo segurado;
- c) Pensão, jubilação e aposentadoria do segurado;
- d) Programa de demissão voluntária, no serviço público ou na iniciativa privada, incentivados pelo empregador do segurado;
- e) Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- f) Demissão ocorrida anterior aos prazos de carência desta cobertura;
- g) Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores, e outros de nomeação no Diário Oficial;
- h) Demissão por falência ou encerramento de atividades do empregador do segurado;
- i) Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um vínculo empregatício do segurado no mesmo período;
- j) Campanhas de demissão em massa. Para fins de aplicação deste seguro, considera-se demissão em massa empresas que demitem mais de 10% (dez por cento) de seu quadro pessoal no prazo de 06 (seis) meses contados a partir do primeiro sinistro avisado.

6.3. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão excluídos da cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Profissional da economia informal que não tenha como comprovar uma atividade remunerada regular;
- b) Lesão premeditada auto infligida;
- c) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- d) Cirurgias plásticas (estéticas ou não) e períodos de convalescença a elas relacionados;
- e) Hospitalização para realização de exames de rotina;
- f) Tratamentos para obesidade, em qualquer modalidade, inclusive gastroplastia redutora;
- g) Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- h) Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- i) Doenças degenerativas da coluna vertebral inclusive hérnia discal, com exceção de tratamento cirúrgico;
- j) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- k) 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;

- l) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;**
- m) Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;**
- n) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- o) Doenças ou distúrbios psiquiátricos, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.**

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

7.1. O bilhete de seguro terá seu início e término de vigência em conformidade com as horas e datas para tal fim nele indicadas e poderá ser renovado automaticamente, por igual período, uma única vez.

7.2. Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos.

7.3. Caso não exista interesse da seguradora em renovar o seguro, esta comunicará ao representante ou corretor de seguros com 30 (trinta) dias de antecedência do fim de vigência.

8. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

8.1. O índice pactuado para a atualização de valores será o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou o índice que vier a substituí-lo.

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

8.3. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

- **No caso de cancelamento do seguro:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- **No caso de recebimento indevido de prêmio:** a partir da data de recebimento do prêmio.

8.4. Os demais valores, incluindo a indenização, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de ocorrência do evento.

8.5. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em lei para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, serão equivalentes à taxa legal correspondente à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (SELIC), deduzido o índice de atualização monetária do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), apurado e divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou do índice que vier a substituí-lo, atendida a metodologia e forma de aplicação definidas pelo Conselho Monetário Nacional.

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

9. PAGAMENTO DE PRÊMIO

9.1. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou parcelado durante o período de vigência.

9.2. Em caso de parcelamento do prêmio, não será feita a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento, sendo que o segurado poderá antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

9.3. A data limite para pagamento do prêmio será o dia de vencimento definido no bilhete de seguro.

9.4. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela implicará no cancelamento do seguro, desde o início de vigência.

9.5. Quando configurada a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente a primeira, a Seguradora enviará notificação ao segurado, seu representante ou corretor de seguros para regularizar o pagamento pendente em até 15 (quinze) dias, sendo certo que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia. A notificação informará sobre a necessidade de quitação da(s) parcela(s) em atraso, em até 15 (quinze) dias, estando o seguro suspenso até a regularização. Não havendo a regularização do débito, o seguro estará cancelado após 30 (trinta) dias, contados a partir da suspensão da garantia, podendo o valor do débito ser executado pela Seguradora.

Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, considerando o prazo de vigência da cobertura em função do prêmio efetivamente pago, em base

“pro-rata temporis”.

9.7. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado o seu pagamento, o direito à indenização não ficará prejudicado.

9.8. Quando o pagamento de indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

9.9. 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.

9.10. Devido a característica da estrutura deste plano de seguro, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao representante.

10. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

10.1. O sinistro deve ser comunicado à seguradora, seja pelo corretor de seguros, pelo beneficiário, pelo segurado ou pelo seu representante legal, logo que tenham conhecimento da sua ocorrência, prestando todas as informações sobre qualquer outro fato relacionado com este seguro, bem como fornecer todos os documentos necessários para regulação.

10.2. A seguradora poderá exigir atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido. Alternativamente, poderá solicitar cópia da certidão de abertura do inquérito que porventura tenha sido instaurado.

11. PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

11.1. Qualquer indenização por este seguro somente será devida se o sinistro for caracterizado como risco coberto por estas Condições Contratuais.

11.2. A relação dos documentos necessários para a regulação do sinistro está prevista no Item 12. O prazo de regulação e pagamento do sinistro se inicia após o fornecimento da documentação básica solicitada.

11.3. Deverá ser comprovada a ocorrência do evento a ser indenizado através dos documentos que comprovem as circunstâncias a ele relacionados, facultada à seguradora a adoção de medidas que venham a elucidar os fatos.

11.3.1. A seguradora poderá consultar especialistas, a seu exclusivo critério, para apurar a comprovação ou não do evento.

11.4. O prazo para análise e regulação dos sinistros é de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos solicitados.

11.4.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, com base em dúvida fundada e justificável, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

11.4.2. Caso aprovado, o pagamento da indenização ocorrerá no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a conclusão da regulação do sinistro. Caso a Seguradora não cumpra o prazo máximo previsto para o pagamento da indenização, implicará na aplicação de multa de 2% (dois por cento), sem prejuízo da atualização monetária e juros, contados a partir da data de vencimento, conforme a cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

11.5. A solicitação de documentos e demais procedimentos na apuração do evento, praticados pela seguradora após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

11.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado, beneficiário, seu representante legal ou corretor de seguros será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

11.7. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

12. DOCUMENTAÇÃO EM CASO DE SINISTRO

12.1. Para a **cobertura de Desemprego Involuntário**:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante e pelo estipulante (formulário padrão);
- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Impressão de todos os dados contidos na Carteira de Trabalho Digital, certificada digitalmente pela Dataprev;
- e) Na falta da existência da Carteira Trabalho Digital, enviar cópia autenticada da Carteira de Trabalho (envio da página de identificação visual (foto); das páginas de admissão e demissão do contrato de trabalho; das páginas anteriores de admissão e demissão do contrato de trabalho; da página da CTPS que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se solicitado);
- f) Termo de rescisão do contrato de trabalho homologado na Delegacia Regional do Trabalho (DRT) ou Sindicato.

12.2. Para **cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária**:

- a) Aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante e pelo estipulante (formulário padrão);

- b) Cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) ou da Carteira Nacional de Habilitação dentro da validade (CNH);
- c) Comprovante de residência do segurado;
- d) Habilitação do segurado quando condutor de veículo acidentado (terrestre, aéreo ou marítimo);
- e) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, e o tempo previsto de incapacidade;
- f) Resultados dos exames (ex.: raio-x, ultrassom) que comprovem a incapacidade física temporária;
- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência; se houver;
- h) Documento comprobatório de desempenho de atividade laboral remunerada como autônomo ou empresário (última Declaração de Imposto de Renda; inscrição no INSS como contribuinte individual e pagamentos dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais referente aos 3 (três) últimos meses anteriores à data do sinistro);
- i) Inscrição na Prefeitura como Contribuinte Mobiliário do Município (ISS), juntamente com comprovante da taxa de fiscalização de estabelecimento, pago antes da ocorrência do sinistro;
- j) Declaração hospitalar e/ou serviço médico quando houver internação ou atendimento de urgência.

12.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessários.

13. PERÍCIA MÉDICA/JUNTA MÉDICA

13.1. A seguradora poderá, a seu critério, submeter o segurado a exame pericial para avaliação do nível de incapacidade.

13.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade do segurado, a seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de 15 (quinze dias), a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.3. 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. 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.

13.4. 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.

14. APURAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

14.1. O capital segurado contratado no bilhete de seguro representa o valor máximo a ser pago pela seguradora em decorrência de um sinistro.

14.2. O Capital Segurado poderá ser pago de forma única ou parcelada, até o limite estabelecido no Bilhete de Seguro.

14.3. Para efeito do cálculo da Indenização, a data do evento quando da liquidação do sinistro será:

- Cobertura de Desemprego Involuntário: data do desligamento indicada no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, independentemente de o aviso prévio ser cumprido ou indenizado;
- Cobertura de Incapacidade Física Total e Temporária:

a) Por Acidente a data da ocorrência do Acidente Pessoal;

b) Por Doença a data indicada no relatório médico.

14.4. Na apuração da indenização devida será considerada a aplicação da carência e da franquia estabelecidas no bilhete de seguro.

15. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

15.2. As reintegrações das coberturas ficam condicionadas à análise prévia da seguradora e respectiva cobrança de prêmio adicional.

16. CARÊNCIA

16.1. Quando aplicável, o período de carência será estabelecido no bilhete de seguro, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do mesmo e será contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

16.2. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio voluntário ou sua tentativa, sendo que o beneficiário não terá direito à indenização nos 02 (dois) primeiros anos de vigência do bilhete de seguro.

17. FRANQUIA

17.1. Quando aplicável, o período de franquia será estabelecido no bilhete de seguro

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. O segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

18.2. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro, no valor do prêmio e/ou na regulação do sinistro, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

18.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

18.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) 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**
- b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

18.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

18.3. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado, pela seguradora, que silenciou de má-fé.

18.3.1. A seguradora, desde que o faça nos 20 (vinte) 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 partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

18.3.3. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

18.3.4. Ocorrendo o sinistro, a seguradora somente po

derá recusar-se a indenizar caso prove o nexo causal entre o relevante agravamento do risco e o sinistro caracterizado.

18.4. O segurado perderá o direito a indenização, de quaisquer coberturas

contratadas, caso haja por parte do segurado, de seus representantes ou de seus beneficiários:

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;**
- b) Agravação intencional do risco;**
- c) Dolo, fraude ou sua tentativa, simulação ou culpa grave, para obter ou majorar a indenização, ou ainda se o segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida pelo seguro.**

18.5. O contrato é nulo quando qualquer das partes souber, no momento de sua conclusão, que o risco é impossível ou já se realizou.

18.6. A parte que tiver conhecimento da impossibilidade ou da prévia realização do risco e, não obstante, celebrar o contrato pagará à outra o dobro do valor do prêmio.

19. CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO

19.1. O seguro será cancelado quando não houver o pagamento do prêmio, nas circunstâncias descritas na cláusula de PAGAMENTO DE PRÊMIO.

19.2. A cobertura do bilhete de seguro cessa quando:

- a) Do final de vigência do bilhete de seguro, sem qualquer restituição de prêmio por parte da seguradora;
- b) A contratação for feita por meios remotos, o segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data de emissão do bilhete de seguro, desde que não tenha utilizado nenhuma cobertura ou serviço. Em caso de desistência os valores eventualmente pagos, a qualquer título, serão integralmente devolvidos e estarão sujeitos a atualização conforme disposição da cláusula "ATUALIZAÇÃO DE VALORES".

19.3. O seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com concordância recíproca, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio efetivamente pago.

19.3.1. A seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. No caso de indenização o beneficiário será sempre o próprio segurado.

21. FORO

21.1. As questões judiciais entre o segurado e a seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, salvo se este optar pelo domicílio da Seguradora.

22. PRESCRIÇÃO

22.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.