

Seguro Zurich Riscos Pessoais - Apólice Individual



Índice	Página
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. RISCOS COBERTOS	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. CARÊNCIA	10
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	10
7. CAPITAL SEGURADO	10
8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	10
9. BENEFICIÁRIO	11
10. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÕES, PRAZO DE VIGÊNCIA E NORMAS DE RENOVAÇÃO	11
11. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	13
12. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	13
13. PERDA DE DIREITOS	14
14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	15
15. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	16
16. PRESCRIÇÃO	17
17. FORO	17
18. DISPOSIÇÕES FINAIS	17
19. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS	18

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, nos termos destas Condições Gerais e das demais Condições Contratuais, até o limite do Capital Segurado estabelecido para cada cobertura contratada, o pagamento de indenização ao Segurado ou ao seu Beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro coberto.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito das disposições deste seguro ficam convencionadas as seguintes definições:

Acidente Pessoal: 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, 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, observando-se que:

a) Incluem-se, nesse conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa (se decorridos 2 (dois) anos de vigência individual), que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) 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:

- b.1) 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;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) 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 desta definição.

Apólice:	documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
Aviso de Sinistro:	Comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.
Beneficiário:	pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
Capital Segurado:	valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.
Carregamento	importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
Cobertura:	coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
Condições Contratativas:	conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais
Condições Gerais:	Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.
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

Corretor de Seguros:	Pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e registrada na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - e legalmente autorizada a intermediar a realização de contratos de seguro.
Dano Moral:	Toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo, em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico. O Dano Moral é risco excluído de todas as coberturas deste seguro.
Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes:	São aquelas que o Segurado ou seu responsável sabia ser portador ou sofredor na data da assinatura da Proposta e que não foram declaradas na mesma.
Endosso ou Aditivo:	Documento, emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma Apólice, de comum acordo com o Segurado.
Franquia:	É o período contínuo de tempo, contado a partir da data do sinistro, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.
Hospital:	Estabelecimento público ou privado, legalmente constituído, licenciado, devidamente instalado e equipado para a prática de tratamentos médicos, clínicos ou cirúrgicos, em regime de internação.
Hospitalização ou Internação Hospitalar:	É a permanência em hospital em regime de internação, indicada por profissional médico habilitado, caracterizada pela utilização de acomodação de que o estabelecimento disponha para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório.
Incapacidade Temporária:	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.
Indenização:	Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
Indenizações Punitivas:	Indenizações decorrentes de processos civis, como punição a qualquer falta do Segurado, não destinadas a repor a perda do Segurado ou de terceiro

Condições Gerais

reclamante (“Punitive Damages”). As Indenizações Punitivas são riscos excluídos de todas as coberturas deste seguro.

Início de vigência:	é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
Médico Responsável ou Assistente:	Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Responsável ou Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
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.
Nota Técnica Atuarial:	documento elaborado por atuário, que contém a estruturação técnica do plano de seguro, mantendo estreita relação com as condições contratuais.
Prazo de Carência:	período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, 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.
Prêmio:	valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
Prêmio Comercial:	Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos, se houver.
Prescrição:	Perda do direito da pretensão de todo e qualquer pedido reclamando um interesse, em razão do transcurso do prazo fixado em lei.
Proponente:	o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
Proposta de Adesão:	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, manifestando

Condições Gerais

pleno conhecimento das condições contratuais.

Reabilitação do Seguro:	É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da retomada do pagamento dos prêmios, dentro do prazo de suspensão.
Regulação de Sinistro:	Processo pelo qual a Seguradora analisa as circunstâncias e a documentação dos sinistros comunicados pelo Segurado ou pelo Beneficiário, para, no caso de enquadramento nos Riscos Cobertos da Apólice, providenciar a indenização devida nos termos da mesma.
Reintegração do Capital Segurado:	É a recomposição do Capital Segurado de uma cobertura no mesmo montante em que foi reduzida após ocorrência de sinistro coberto.
Risco ou Evento Coberto:	Acontecimento possível, futuro e incerto, que independe da vontade das partes e cuja ocorrência obriga a Seguradora a pagar a indenização devida, desde que não se classifique como risco excluído, respeitadas as Condições Contratuais.
Riscos Excluídos:	São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Condições Gerais

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

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3. RISCOS COBERTOS

Consideram-se Riscos Cobertos aqueles expressamente convencionados nas Condições Especiais das coberturas abaixo, desde que tenham sido efetivamente contratadas pelo Segurado e ratificadas na Apólice com a indicação dos respectivos Capitais Segurados, não sendo nenhuma cobertura de contratação obrigatória:

- 3.1.** Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT-AD);
- 3.2.** Diárias de Incapacidade Temporária por Doença (DIT-D);
- 3.3.** Diárias de Internação Hospitalar por Acidente ou Doença (DIH-AD);
- 3.4.** Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (PRIT-AD).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos deste seguro quaisquer despesas, prejuízos, ônus, perdas, danos ou responsabilidades de qualquer natureza, direta ou indiretamente causados por, resultantes de, para os quais tenham contribuído ou cujo pedido de indenização abranja:

- 4.1.** Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando, da ocorrência de evento coberto, o Segurado esteja prestando serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.2.** 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 atentório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- 4.3.** O uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.4.** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, inundações, quedas de corpos siderais, meteoritos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

- 4.5. Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- 4.6. Atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores, incluindo motos, barcos, aeronaves e assemelhados, sem a devida habilitação ou sem a utilização de equipamentos de segurança obrigatórios por lei, como capacetes e cintos de segurança;
- 4.7. Ato reconhecidamente perigoso que não provier 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;
- 4.8. Acidentes, doenças ou lesões, inclusive as congênitas, preexistentes à contratação deste seguro, não declaradas na proposta e de conhecimento do Segurado na data da assinatura da mesma;
- 4.9. A gravidez, o parto ou o aborto e quaisquer complicações ou consequências decorrentes da gravidez, do parto ou do aborto, exceto quando diretamente decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.10. As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- 4.11. Cirurgias para correção de fimose, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamentos para infertilidade ou inseminação artificial;
- 4.12. Quaisquer tipos de cirurgias ou tratamentos estéticos, tratamentos rejuvenescedores, para obesidade ou emagrecimento, assim como suas consequências;
- 4.13. A perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.14. Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de risco coberto;
- 4.15. Internações hospitalares para investigação diagnóstica, espera para a realização de cirurgia, avaliação do estado de sanidade (check-up), repouso ou geriatria;
- 4.16. Automutilações e lesões auto-infligidas, estando o Segurado são, se ocorridas nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 4.17. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica, tratamentos clínicos ou cirúrgicos experimentais e tratamentos medicamentosos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

Condições Gerais

- 4.18. O suicídio, ou sua tentativa, se ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos do início de vigência da cobertura individual ou da recondução do seguro após suspensão ou ainda nos 2 (dois) primeiros anos da data do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento;
- 4.19. Epidemias e pandemias, desde que declaradas pelo órgão competente, ou envenenamento de caráter coletivo;
- 4.20. O dano moral;
- 4.21. Indenizações punitivas.

5. CARÊNCIA

- 5.1. A existência e o prazo de carência serão estabelecidos na Proposta e nas Condições Especiais das coberturas contratadas.
- 5.2. Não haverá carência para eventos resultantes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, cuja carência é de 2 (dois) anos, contados a partir do início de vigência da Apólice ou sua recondução depois de suspenso, bem como sobre os aumentos de capitais solicitados após o início de vigência do risco, na parte que se refere a esse aumento.
- 5.3. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência da Apólice.
- 5.4. Em caso de renovação da Apólice não será iniciado novo prazo de carência, exceto quando houver aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento.
- 5.5. Em caso de suspensão por falta de pagamento do prêmio e posterior reabilitação da cobertura, o Segurado deverá cumprir novo período de carência.
- 5.6. O pagamento antecipado do prêmio não elimina as carências estabelecidas neste seguro.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas deste seguro são extensivas a todo o globo terrestre.

7. CAPITAL SEGURADO

O Capital Segurado para cada uma das coberturas contratadas pelo Segurado será definido na Apólice.

8. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

A indenização será paga sob a forma de parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas.

9. BENEFICIÁRIO

O beneficiário deste seguro será o próprio Segurado ou quem o mesmo indicar.

10. CONTRATAÇÃO, ALTERAÇÕES, PRAZO DE VIGÊNCIA E NORMAS DE RENOVAÇÃO

10.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

10.2. A contratação ou alteração do seguro poderá ser feita:

10.2.1. Mediante Proposta assinada pelo Proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado; ou

10.2.2. Por meios remotos, sendo que:

- a)** A proposta poderá ser formalizada por meio de login e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo Proponente/Representante Legal em ambiente seguro, ou, ainda, por identificação biométrica.
- b)** Quando intermediada por Corretor, a contratação implicará no fornecimento de login e senhas individualizadas para o Corretor e para o Proponente.
- c)** É responsabilidade da Seguradora enviar e garantir que cheguem ao Proponente/Representante Legal, pelo meio remoto utilizado ou outro autorizado, os protocolos obrigatórios e as demais informações previstas na legislação e regulamentação vigentes.

10.3. A proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento, pelo mesmo meio utilizado pelo Proponente (físico ou remoto).

10.4. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitação ou recusa da proposta, contados da data de seu recebimento, seja para seguro novo, renovação ou alterações que impliquem modificação do risco.

10.5. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

10.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta.

- 10.7.** As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 10.8.** Em caso de aceitação de proposta recepcionada sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data indicada na proposta, ou, na falta desta, a data de recebimento da mesma pela Seguradora.
- 10.9.** O início de vigência da cobertura para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio será a data de recebimento das mesmas pela Seguradora.
- 10.9.1 Em caso da não aceitação de proposta em que tenha havido adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa e será restituído ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 10.10.** A emissão da Apólice ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.
- 10.11.** No caso de contratação por meio remoto:
- a)** O Segurado poderá imprimir a Apólice ou solicitar, a qualquer tempo, sua versão física verbalmente ou por meio remoto à Seguradora;
 - b)** A emissão de apólices com a utilização de meios remotos deverá observar os procedimentos efetuados sob a hierarquia da Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileiras (ICP-Brasil) ou outra Autoridade Certificadora Raiz cuja infraestrutura seja equivalente à PKI (Public Key Infrastructure), com identificação de data e hora de envio.
- 10.12.** A renovação do seguro poderá ser efetuada por iniciativa do Segurado ou da Seguradora, neste caso com a concordância expressa do Segurado.
- 10.13.** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar ao Segurado mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.
- 10.14.** Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item 11 – Pagamento dos Prêmios.
- 10.15.** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.
- 10.16.** O Segurado obriga-se a comunicar à Seguradora eventual mudança de endereço, inclusive remoto, quando aplicável, de modo que esta possa manter o cadastro do Segurado permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação isentará a Seguradora quanto à efetiva ciência do Segurado em relação às comunicações e documentos do seguro.

11. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

- 11.1.** O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, mensalmente, bimestralmente, trimestralmente, quadrimestralmente, semestralmente ou anualmente, mediante acordo entre as partes e na forma acordada entre as mesmas, tais como débito automático em conta corrente, cartão de crédito, boleto bancário, etc., e deverá ser efetuado até a(s) data(s) de vencimento expressa(s) no(s) documento(s) de cobrança.
- 11.2.** Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista 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.
- 11.3.** 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, podendo o prêmio devido ser abatido da indenização.
- 11.4.** Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento da Apólice, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização.
- 11.5.** No caso de contratação por meio remoto, a Seguradora enviará as informações sobre vencimentos das parcelas, atrasos e confirmação de pagamento pelo meio escolhido pelo Segurado. A confirmação de quitação do pagamento à vista ou da primeira parcela enviada pela Seguradora com a utilização de meios remotos servirá, também, como prova da efetiva contratação ou renovação do plano.

12. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

- 12.1.** Se o pagamento do prêmio de cada parcela não for efetivado até a data estabelecida, a cobertura deste seguro estará automaticamente suspensa a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.
- 12.2.** A cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 90 (noventa) dias contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Neste caso, não serão cobrados os prêmios não pagos correspondentes a períodos em que não houve cobertura. 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, antes de iniciada a suspensão.
- 12.3.** Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias da data de vencimento sem que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada.

12.4. O presente seguro poderá, ainda, ser cancelado ou rescindido:

12.4.1. No prazo de 7 (sete) dias corridos a contar da assinatura da proposta, em caso de desistência do seguro contratado por parte do Segurado, sendo que:

- a) O Segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para a contratação, sem prejuízo de outros meios que possam ser disponibilizados pela Seguradora;
- b) A Seguradora ou seu representante, conforme for o caso, fornecerão ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, sendo obstada, a partir desse momento, qualquer possibilidade de cobrança;
- c) Os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante os até 7 (sete) dias decorridos, serão devolvidos, de imediato, pelo mesmo meio e forma de efetivação do pagamento do prêmio, sem prejuízo de outros meios ou formas disponibilizados pela Seguradora, desde que expressamente aceito pelo segurado.

12.4.2. A qualquer tempo, após os 7 (sete) dias da data da assinatura da proposta prevista no item anterior, mediante acordo entre as partes contratantes, sendo que para os casos de prêmios pagos em parcela única ou em parcelas antecipadas, a Seguradora devolverá ao Segurado a parte do prêmio comercial recebido proporcional ao tempo não decorrido (na base pro rata dia), a contar da data do cancelamento.

12.4.3. Pelo descumprimento das obrigações previstas nas Condições Contratuais e/ou nos termos da cláusula 13 - PERDA DE DIREITOS.

13. PERDA DE DIREITOS

Sem prejuízo do que consta nas demais condições deste seguro e do que em lei esteja previsto:

13.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

13.2. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro se o Estipulante, Segurado por si ou por, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido, sendo que:

Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

13.2.1. Na hipótese de não ocorrência de 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 ou restringindo a cobertura contratada.
- 13.2.2.** 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) 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 beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 13.2.3.** Na hipótese da 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 do prêmio cabível.
- 13.3.** O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar os riscos cobertos na Apólice, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 13.3.1.** A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 13.3.2.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída pela Seguradora a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.
- 14.** PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO
- 14.1.** Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, o mesmo deverá ser comunicado imediatamente pelo Segurado, seu Representante ou seu Beneficiário, em formulário próprio de Aviso de Sinistro, carta registrada, telegrama, fax, e-mail ou por qualquer outro meio legal, à Seguradora ou ao seu Representante.
- 14.2.** Da comunicação antes referida, deverão constar: data, hora, local e causa do sinistro e outras informações relevantes.
- 14.3.** O pagamento de qualquer indenização com base neste seguro somente será efetuado após o Segurado ou o Beneficiário ter provado satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas necessárias à elucidação do mesmo.

- 14.4.** Os atos ou providências que a Seguradora praticar após o sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 14.5.** O Segurado acidentado ou adoecido deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 14.6.** Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação necessários correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 14.7.** Para rápida regulação do sinistro, envolvendo qualquer uma das coberturas contratadas, deverão ser apresentados os documentos básicos especificados nas Condições Especiais das mesmas, ficando ressalvado o direito da Seguradora de solicitar outros documentos necessários, se existir dúvida fundada e justificável.
- 14.8.** As cópias de documentos simples e autenticadas entregues à Seguradora para análise do sinistro passam a ser de propriedade da mesma, não sendo devida a devolução de quaisquer destes documentos a quem quer que seja, mesmo que a análise resulte em negativa da cobertura. Documentos originais recebidos para análise de cobertura, quando não forem estritamente relacionados ao seguro, poderão ser, mediante solicitação expressa, devolvidos ao beneficiário ou a quem de direito.
- 14.9.** A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias a partir da entrega de toda documentação exigível para o pagamento da indenização devida. No caso de solicitação de documentação complementar prevista no item 14.7 desta cláusula, esse prazo será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 15. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS**
- 15.1.** Estabelece-se para fins de atualização monetária de valores deste seguro, quando aplicável, o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 15.2.** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será considerado para efeito desta cláusula o IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor / Fundação Getúlio Vargas.
- 15.3.** As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não estão sujeitas à atualização monetária de prêmios e capitais segurados.
- 15.4.** Quando aplicável, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da contratação, com base na variação positiva do índice no correspondente período anual.
- 15.5.** Os valores devidos pela Seguradora a título de devolução de prêmio sujeitam-

se à atualização monetária a partir da data em que se tornarem exigíveis, sendo:

- a) No caso de cancelamento da Apólice, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- b) No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, a partir da data do recebimento do prêmio.
- c) No caso de recusa da proposta, a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

15.6. Se o pagamento da indenização não for efetuado no prazo estabelecido no item 14.9 da cláusula 14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO destas Condições Gerais, o valor da mesma será atualizado monetariamente a partir da data do evento, acrescido de juros de mora equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.

15.7. As atualizações serão efetuadas com base na variação positiva 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.

15.8. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora e do Segurado serão acrescidos de juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo para esse fim, e serão contados a partir do primeiro dia posterior a tal prazo.

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

16. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais relativos a este seguro são aqueles determinados em lei.

17. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou o Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso. Na hipótese de inexistir relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.

18. DISPOSIÇÕES FINAIS

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

18.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da Sociedade Seguradora, no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

18.3. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao Segurado ou ao Beneficiário.

19. LGPD – LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

19.1. O CLIENTE reconhece que os dados pessoais e/ou de saúde do CLIENTE foram usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, conforme autorização dada pelo CLIENTE na proposta de contratação, e esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos preditivos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do contrato de seguro (por ex. assistência, resseguradora, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center, corretora, estipulante, etc). Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

19.2. O CLIENTE, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito a obter, em relação aos seus dados tratados pela SEGURADORA, a qualquer momento e mediante pedido expresso, pedidos como: (i) a confirmação da existência de tratamento; (ii) o acesso aos dados; (iii) a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados, etc.

19.3. O CLIENTE está ciente de que, para realizar qualquer uma dessas solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre os seus dados pessoais, deverá entrar em contato com a SEGURADORA, por meio do e-mail: protecaodedados@br.zurich.com.

19.4. A SEGURADORA garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do CLIENTE além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil. Para conhecer na integralidade a política de proteção de dados da SEGURADORA, por favor acesse <https://www.zurich.com.br>.

Condições Gerais

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência da Apólice, determinada por médico e atestada por exames complementares, respeitadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2.** Poderão contratar este seguro os profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto, bem como as donas de casa que trabalham exclusivamente para a própria família e que não exercem atividade remunerada.
- 1.3.** Esta cobertura é devida após o período de carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
- 1.4.** Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 1.5.** Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da cláusula 4. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 2.1.** Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 2.2.** Entesopatia;
- 2.3.** Entorses, distensões, contusões;
- 2.4.** Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 2.5.** Fraturas patológicas;
- 2.6.** Lesões intra-articulares de joelho;
- 2.7.** Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 2.8.** Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

2.9. Síndromes compressivas nervosas.

3. CARÊNCIA

A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência da Apólice, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais ou ocupação pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado e a quantidade de diárias cobertas para esta Cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representam o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade temporária do Segurado.

5.3. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada sinistro.

6. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

6.1.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao Médico Assistente.

- 6.1.2.** A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 6.1.3.** De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais ou ocupação, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, ou a contar do último pagamento realizado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecido na Apólice.
- 6.1.4.** Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias, a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, até a alta médica.
- 6.2.** O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.
- 6.3.** Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Cópias dos documentos do Segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- b)** Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- c)** Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

Condições Gerais

- e) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Condições Gerais

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de doença, ocorrida durante a vigência da Apólice, determinada por médico e atestada por exames complementares, respeitadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2.** Poderão contratar este seguro os profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto, bem como as donas de casa que trabalham exclusivamente para a própria família e que não exercem atividade remunerada.
- 1.3.** Esta cobertura é devida após o período de carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
- 1.4.** Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 1.5.** Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido a mesma doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da cláusula 4. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 2.1.** Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 2.2.** Entesopatia;
- 2.3.** Entorses, distensões, contusões;
- 2.4.** Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 2.5.** Fraturas patológicas;
- 2.6.** Lesões intra-articulares de joelho;
- 2.7.** Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 2.8.** Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

2.9. Síndromes compressivas nervosas.

3. CARÊNCIA

A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência da Apólice, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.

4.2. O Segurado somente terá direito a esta cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais ou ocupação pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado e a quantidade de diárias cobertas para esta Cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.

5.3. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

6. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

6.1.1. Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao Médico Assistente.

- 6.1.2.** A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base nas diárias de afastamento determinadas, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais Condições Contratuais.
- 6.1.3.** De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve incapacitado de exercer suas atividades profissionais ou ocupação, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, ou a contar do último pagamento realizado, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecidos na Apólice.
- 6.1.4.** Nos casos em que o período de incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, até a alta médica.
- 6.2.** O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.
- 6.3.** Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Cópias dos documentos do Segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- b)** Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- c)** Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Condições Gerais

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Estão cobertas as diárias de internação hospitalar do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência da Apólice, após o período de carência e considerado o período de franquias, determinadas por médico e comprovadas por meio da documentação obrigatória.
- 1.2. Esta cobertura não garante a internação ou vaga em Hospital, que devem ser procuradas pelo Segurado, seu médico ou por quem os represente.
- 1.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, respeitando o limite máximo de 365 diárias por evento.
- 1.4. Caso o Segurado seja submetido a mais de uma internação que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou a mesma doença, tais internações serão consideradas como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre as internações for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da cláusula 4. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 2.1. Doenças mentais, psiquiátricas, estresse e depressão, incluindo as internações em departamentos psiquiátricos de hospitais gerais ou prontos-socorros para tratamento destas doenças e/ou aquelas que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- 2.2. Internações domiciliares (home-care);
- 2.3. Internações em clínicas ou instituições para acomodação ou tratamento de idosos, incluindo asilo e casas de repouso;
- 2.4. Internação para tratamento, acomodação e/ou reabilitação de viciados em álcool, drogas e qualquer outra substância que cause dependência psicotrópica, exceto se a internação for decorrente de acidente pessoal coberto.

3. CARÊNCIA

A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência da Apólice, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para internações decorrentes de doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para internações decorrente de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

A franquia desta cobertura será de 24 (vinte e quatro) horas, contadas a partir do dia e hora de internação do Segurado, constante do relatório médico, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado e a quantidade de diárias cobertas para esta Cobertura serão definidos na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representam o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da internação hospitalar coberta.

5.3. A reintegração do Capital Segurado será automática após cada sinistro.

6. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a internação do Segurado, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias obedecendo aos seguintes critérios:

6.1.1. Quando a internação superar a 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado.

6.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período em que o Segurado esteve internado, a contar do primeiro dia após o período de franquia ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias estabelecido na Apólice.

6.1.3. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente às diárias em que o Segurado permaneceu internado, a contar do primeiro dia de internação e descontado o período de franquia, até a alta médica.

6.2. O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e o hospital a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da seguradora.

- 6.3.** Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura, não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à cláusula 14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Cópias dos documentos do Segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- b)** Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de internação, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- c)** Declaração original do Hospital em papel timbrado, carimbada e assinada pelo Diretor Clínico, comprovando causa, data e hora da internação e da alta médica;
- d)** Cópia do prontuário médico fornecido pelo Hospital;
- e)** Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g)** Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando necessário;
- h)** Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), quando obrigatório.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.

Condições Gerais

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1.** Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença ocorridos durante a vigência da Apólice, determinada por médico e atestada por exames complementares, respeitadas as demais Condições Contratuais.
- 1.2.** Poderão contratar este seguro os profissionais liberais ou autônomos sujeitos ao afastamento de suas atividades remuneradas por sinistro coberto, bem como as donas de casa que trabalham exclusivamente para a própria família e que não exercem atividade remunerada.
- 1.3.** Esta cobertura é devida após o período de carência e a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.
- 1.4.** Pelo mesmo evento, o número de mensalidades indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 1.5.** Caso o Segurado tenha que retornar à situação de incapacidade temporária em consequência de evento para o qual já havia recebido alta médica, cuja origem ou causa tenha sido o mesmo acidente ou doença coberta, tais períodos de incapacidade serão considerados como um mesmo evento, exceto quando o intervalo entre os mesmos for superior a 6 (seis) meses.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da cláusula 4. RISCOS EXCLUIDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 2.1.** Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 2.2.** Entesopatia;
- 2.3.** Entorses, distensões, contusões;
- 2.4.** Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 2.5.** Fraturas patológicas;
- 2.6.** Lesões intra-articulares de joelho;
- 2.7.** Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 2.8.** Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);

2.9. Síndromes compressivas nervosas.

3. CARÊNCIA

A carência desta cobertura será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de início de vigência da Apólice, do aumento do Capital Segurado, na parte que se refere a esse aumento, ou da recondução do seguro, se suspenso, não havendo cobertura para doenças iniciadas antes ou durante o referido período. Não se aplica a carência para incapacidade decorrente de acidente pessoal coberto.

4. FRANQUIA

4.1. A franquia desta cobertura será de 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.

4.2. O Segurado somente terá direito a esta Cobertura no caso de afastamento de suas atividades profissionais ou ocupação pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitada a quantidade máxima de mensalidades cobertas determinada na mesma, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.

5.2. Para determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico da incapacidade temporária do Segurado.

5.3. A reintegração do Capital Segurado é automática após cada sinistro.

6. FORMA DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos desta Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento das mensalidades obedecendo aos seguintes critérios:

6.1.1. Os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Seguradora, tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.

6.1.2. De posse do relatório médico atualizado, a Seguradora efetuará o pagamento da mensalidade correspondente a cada mês em que o Segurado esteve

incapacitado de exercer suas atividades profissionais, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia, até a alta médica ou a utilização do limite de mensalidades estabelecido na Apólice, o que ocorrer primeiro.

6.1.3. Se o último período de afastamento coberto, antes da alta médica, for inferior a 30 (trinta) dias, será considerado como um mês completo para fins de indenização.

6.1.4. A critério da Seguradora, e desde que definido na Apólice, o pagamento da indenização poderá ser feito integralmente, com base no período de afastamento determinado, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais Condições Contratuais.

6.2. O Segurado deve autorizar seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem a zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realização de exame físico pericial por médico da Seguradora.

6.3. Estando o Segurado em gozo de um benefício desta cobertura não fará jus a outro benefício nesta mesma cobertura, mesmo que seja em consequência de outro evento, quer tenha ocorrido na mesma data ou em data diferente. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento nesta cobertura se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

7. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à cláusula 14. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a)** Cópias dos documentos do Segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- b)** Relatório do Médico Responsável, datado e assinado e com a indicação do CRM, comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento;
- c)** Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- d)** Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e)** Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por estas Condições Especiais.