

**SEGURO ZURICH RISCOS PESSOAIS PRESTAMISTA
COBERTURA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU
DOENÇA
(DIT-AD)**

CLÁUSULA 1ª - DEFINIÇÃO

Para efeito das disposições desta cobertura fica convencionada a seguinte definição:

Incapacidade É caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua
Temporária profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO

Se ratificada na Apólice, esta cobertura tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais, o pagamento de diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente pessoal ou doença do Segurado, profissional liberal ou autônomo.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

- 3.1. Está coberta a incapacidade temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal ou doença, ocorridos durante a vigência do risco individual, após o período de carência, se houver, e considerado o período de franquia contratado, que provoque o afastamento de suas atividades remuneradas, determinado por médico e atestado por exames complementares.
- 3.2. Salvo estipulação expressa em contrário na apólice, esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advinha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada, não se aplicando a Segurados com registro em Carteira de Trabalho.
- 3.3. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.
- 3.4. 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.
- 3.5. Esta cobertura não pode ser contratada simultaneamente com a Cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT-A).

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões constantes da CLÁUSULA 5ª - RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais deste seguro, estão, também, expressamente excluídas desta cobertura:

- 4.1. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- 4.2. Entesopatia;
- 4.3. Entorses, distensões, contusões;
- 4.4. Fraturas de elementos dentários, perda de dentes ou tratamento odontológico de qualquer espécie;
- 4.5. Fraturas patológicas;
- 4.6. Lesões intra-articulares de joelho;
- 4.7. Lesões ou doenças que não exijam atendimento médico;
- 4.8. Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- 4.9. Síndromes compressivas nervosas.

CLÁUSULA 5ª - CARÊNCIA

A carência para incapacidade temporária por motivo de doença será estabelecida na apólice, não podendo ser superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de início do risco individual, 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 coberta decorrente de acidente pessoal.

CLÁUSULA 6ª - FRANQUIA

- 6.1. A franquia será estabelecida na Apólice e não poderá ser superior a 15 (quinze) dias, contados a partir da data do afastamento do Segurado, constante do relatório médico.
- 6.2. O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

CLÁUSULA 7ª - CAPITAL SEGURADO

- 7.1. O Capital Segurado para esta Cobertura será definido na Apólice, respeitado o limite máximo de 365 (trezentas e sessenta e cinco) diárias, e representa o limite máximo de indenização pelo mesmo evento.
- 7.2. Se for mencionado capital mensal na apólice, o mesmo será dividido por 30 (trinta) para fins de cálculo de indenização de cada da diária de incapacidade coberta.
- 7.3. Para determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente pessoal ou do diagnóstico da doença que provocou a incapacidade temporária do Segurado.
- 7.4. As indenizações objeto desta cobertura são cumulativas com qualquer outra garantia da apólice.
- 7.5. A reintegração do capital segurado é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 8ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. 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:
 - 8.1.1. Quando a incapacidade temporária superar a 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.
 - 8.1.2. 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.
 - 8.1.3. 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, a contar do primeiro dia de afastamento, após o período de franquia contratado ou a contar do último pagamento efetuado pela Seguradora, até a alta médica ou a utilização do limite de diárias, estabelecidos na Apólice.
 - 8.1.4. 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 de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, até a alta médica.
- 8.2. 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.
- 8.3. 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.

CLÁUSULA 9ª - DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

Em complemento à CLÁUSULA 11 – PROVA DO SINISTRO E DOCUMENTOS PARA REGULACÃO das Condições Gerais deste seguro, para análise de sinistro desta cobertura o Segurado deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com a indicação do CRM;
- b) Cópias autenticadas dos documentos do segurado: Carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço;
- c) Relatório médico comprovando o período de afastamento, com o diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- d) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, se houver;
- e) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

CLÁUSULA 10 - RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido alterados por esta Cobertura.