

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da QBE Brasil Seguros S.A. e tem por objetivo incluir neste Seguro a cobertura adicional de Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Entende-se por doença qualquer perturbação involuntária das funções orgânicas, físicas e mentais, não devida a acidentes, que requeira acompanhamento e/ou tratamento médico tendo como consequência direta o afastamento do Segurado de todas as atividades remuneradas que exerça.
- 2.2. Entende-se por incapacidade física temporária a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença ou acidente pessoal cobertos, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.3. Além das definições acima serão utilizadas para esta cobertura as mesmas definições do item 2- Definições das Condições Gerais.

3. GARANTIA

- 3.1. A presente Condição Especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização mensal correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro caso ocorra à incapacidade física e temporária do Segurado conseqüente de doença ou Acidente pessoal cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1. O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que deverá estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.

- 4.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.
- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4. A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 4.5.1. A Junta médica deverá ser composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.
 - 4.5.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.
 - 4.5.3. O prazo de constituição de junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 4.6. A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) 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: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e

- procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto, ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;
 - d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
 - e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
 - f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
 - h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
 - i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
 - j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
 - k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - l) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
 - m) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada indenização mensal relativa à incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.2. Caso haja período de carência, este será estabelecido nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
 - b) Cópia autenticada da Guia de recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
 - c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
 - d) Formulário de *Aviso de Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- 9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:
 - a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
 - b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
 - c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

- 9.3. Caso haja solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da QBE Brasil Seguros S.A. que não foram revogadas por esta Condição Especial.