

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

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 Renda Diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Entende-se por incapacidade física e temporária por acidente a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por acidente pessoal coberto, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.2. Entende-se por limite de diárias a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus, contada a partir do término do período de franquia contratado, por cada evento.
- 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 um valor diário fixo, pagável por cada dia de afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Física e Temporária, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido 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 devesse 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) Doenças de quaisquer tipos;
- f) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- i) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- j) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- k) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- l) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) 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 dever 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 diária de incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Será aplicada uma franquia em dias por cada evento, e o número de dias

de franquia será estabelecido nas Condições Particulares e/ou Certificado Individual, sendo de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

8.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

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 por acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, tipo de acidente, 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;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

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.