

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR 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 Diária por Internação Hospitalar por Doença.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Evento Coberto/Sinistro:** é o fato ocorrido durante a vigência individual do seguro, gerado por acidente pessoal ou doença, que leva o segurado a uma internação hospitalar, segundo as condições desta apólice.
- 2.2.** Além da definição acima, serão utilizadas também 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 hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de Doença, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.
- 3.2.** O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão e ratificado no Certificado Individual.
- 3.3.** Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de pelo menos 1 (uma) diária hospitalar.
- 3.4.** O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, sendo que, nas reinternações as diárias serão cumulativas para este efeito.
- 3.4.1.** Considerar-se-á como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subseqüentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pagado benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.
- 3.6.** 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



ZURICH[®]

data da contestação, a constituição de junta médica.

- 3.6.1.** A Junta médica deverá ser composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 3.6.2.** 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.
- 3.6.3.** 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. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL

- 4.1.** Para fins desta garantia considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si e independentemente de qualquer outra causa, provoque como consequência direta dano físico ao segurado.
- 4.2.** Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal, as lesões acidentais decorrentes de:
 - a) Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - b) Escapamento acidental de gases e vapores;
 - c) Seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
 - d) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
- 4.3.** Além dos riscos conceituados acima, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:
 - a) Ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes;
 - b) atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
 - c) Choque elétrico e raio;
 - d) Contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
 - e) Tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
 - f) Queda n'água ou afogamento.

5. VALOR DA DIÁRIA PECUNIÁRIA

- 5.1.** O valor em moeda corrente nacional de cada Diária Pecuniária será definida em aditivo a apólice, especifica a este fim.
- 5.2.** Nos casos em que, durante a internação hospitalar, o segurado utilizar a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), a(s) Diária(s) Pecuniária(s) referente(s) ao período de permanência nessa unidade será (ão) paga(s)



ZURICH[®]

em dobro em relação ao valor fixado no aditivo a apólice.

- 5.3. O valor da Diária Pecuniária do cônjuge ou companheira (o), assim como a dos filhos ou enteados, quando incluídos neste seguro, serão também definidas no aditivo acima mencionado.
- 5.4. O valor das diárias Pecuniárias poderá ser corrigido, a qualquer tempo, após aviso prévio à seguradora, e respectiva concordância da mesma, devendo o(s) segurado(s) preencher (em) novamente a Declaração Pessoal de Saúde e efetuar o pagamento do prêmio correspondente e não se encontrarem em regime de internação.
- 5.5. **Para os segurados com idade superior a 65 anos, não será permitido o aumento espontâneo do valor ou da quantidade de diárias, prevalecendo apenas à atualização monetária automática, se esta estiver prevista nas condições da apólice.**

6. LIMITE DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

- 6.1. A quantidade máxima de Diárias Pecuniárias indenizáveis, por período anual de vigência da apólice, constará em aditivo, sendo limitadas ao máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco).
- 6.2. Não haverá limite de diárias por evento gerador/sinistro, estando, no entanto limitada sua utilização ao número máximo de diárias constantes na apólice para o Segurado.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

- 7.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas, além das hospitalizações decorrentes dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) Hospitalizações para exames físicos rotineiros ou qualquer outro exame sem que haja abalo na saúde normal – check-up, e investigação diagnóstica;
 - b) Hospitalizações decorrentes de infecção pelo vírus HIV ou suas variações, incluindo a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e todos os complexos de doenças relacionadas à ela;
 - c) Hospitalizações quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
 - d) Cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle da natalidade e suas conseqüências;
 - e) Cirurgias plásticas e suas conseqüências, incluindo-se aquelas derivadas de problemas congênitos. Estão cobertas as cirurgias plásticas restauradoras decorrentes de acidentes pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
 - f) Hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;

- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- h) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- i) Quaisquer alterações mentais.
- j) Doenças preexistentes ao início de vigência individual deste seguro, ou seja, doenças ou lesões físicas, de conhecimento prévio ou não do Segurado, existentes antes da data de inclusão do mesmo na apólice, que ocasionem uma internação hospitalar nos 12 (doze) primeiros meses a partir da inclusão do Segurado na apólice;
- k) Acidentes de quaisquer tipos;
- l) Gravidez tóxica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade e inseminação artificial;
- m) Cirurgia para correção de fimose;
- n) Cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento;
- o) Tratamento odontológico;
- p) Home Care (internação residencial);
- q) Convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- r) Doenças resultantes de testes, experiências, transporte ou explosão nuclear de qualquer natureza;
- s) Epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- t) Miopia.

7.2. Exclusões por Instituições não Cobertas

7.2.1. Estão excluídas da cobertura deste seguro as internações em instituições do tipo abaixo relacionados:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital.
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados.
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas.
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de Hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; clínicas de emagrecimento e SPA.

8. BENEFICIÁRIO

8.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da internação.

9.2. O Capital Segurado estabelecido para a cobertura contratada constará no Certificado Individual do Segurado, e representará o valor a ser pago por cada diária de hospitalização.

9.3. O Capital Segurado não poderá ultrapassar 1/365 (um trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Técnico de Aceitação da Seguradora.

10. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

10.1. Ocorrendo a mudança de faixa etária do segurado, o prêmio mensal será automaticamente reenquadrado para o custo correspondente à sua idade, conforme a seguinte tabela:

FAIXA ETÁRIA	% DE ACRÉSCIMO SOBRE O PRÊMIO
Até 45 anos	0,00%
De 46 a 55 anos	48,00%
De 56 a 65 anos	89,00%
Acima de 65 anos	161,00%

11. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

11.1. A seguradora renuncia, em favor do segurado, ao direito de promover ação de ressarcimento contra terceiros.

12. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

12.1. Pode ser aplicada uma franquia em dias por evento, ou seja, o segurado só estará coberto por este seguro caso permaneça internado por tempo maior do que a franquia estipulada.

12.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

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

13. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

13.1. Em caso de internação coberta pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;



ZURICH[®]

- c) Original e Cópia da nota fiscal de internação, emitida pela Instituição Hospitalar. Poderá ser aceito, a critério da Seguradora, outro documento que comprove a hospitalização, tal como declaração do hospital, desde que este seja um documento comprobatório para fins legais.
- d) Prontuário Médico, fornecido pela Instituição Hospitalar.
- e) Declaração Hospitalar, com o número de diárias correspondentes ao período de internação, especificando os dias em UTI, se for o caso, com indicação de horário de entrada (baixa) e de saída (alta).

13.2. Cônjuge e Filhos - alem dos documentos citados acima:

- a) Certidão de Casamento ou Nascimento;
- b) Cópia do RG;
- c) Cópia do CPF

13.3. A seguradora terá o direito de solicitar outros documentos e/ou exames médicos que se façam necessários.

13.4. 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.

13.5. Será iniciado o pagamento das diárias de renda pecuniária no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

13.6. Do montante de diárias de Internação Hospitalar comprovado pelo segurado, serão deduzidas as diárias correspondentes a franquia expressa em aditivo a apólice.

13.7. Nos casos em que o período de internação não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes até a alta médica, a contar do 1º (primeiro) dia de internação após o cumprimento da franquia.

13.8. Para períodos de internação superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará pagamentos quinzenais ao segurado, sendo o primeiro pagamento relativo aos 30 (trinta) primeiros dias de internação, descontando – se a franquia, e os demais pagamentos referentes a cada quinzena de internação ou iguais a quantidade de diárias devidas até a alta médica, caso não se complete a quinzena.

13.9. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdue a internação do Segurado.

13.10. Devem ser pagas pela seguradora as diárias pecuniárias até que ocorra a

alta médica do Segurado ou se esgote a quantidade máxima de diárias contratadas para o período de vigência anual da apólice, não sendo cumulativas para um período diárias não utilizadas em períodos anteriores, salienta – se que a alta médica deverá ser imediatamente comunicada pelo Segurado à Seguradora.

13.11. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

14. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita ao território mundial.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

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.