



## DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DECORRENTE DE ACIDENTE

### 1. OBJETIVO DA COBERTURA

O objetivo desta cobertura é garantir o pagamento de uma indenização diária ao segurado, durante o período em que se verificar sua incapacidade temporária **decorrente exclusivamente de acidente que não seja considerado um risco excluído, ocorrido durante o período de vigência do seguro, observada a franquia prevista e o limite máximo de diárias estabelecido por evento.**

Para fins desta cobertura, entende-se por incapacidade temporária a **impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.**

O tratamento médico deverá ter início nos 30 (trinta) dias após a ocorrência do acidente pessoal e, a cobertura será devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, também não haverá cobertura quando a incapacidade temporária por acidente do segurado resultar de:

- a. acidentes em que o segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo terrestre, aéreo ou marítimo, relacionado com sua incapacidade;
- b. acidentes e suas consequências ocorridos antes data da contratação do seguro, ainda que sua manifestação ocorra durante a vigência do seguro;
- c. quaisquer 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 risco não excluído;
- d. intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando decorrentes de risco excluído;



- e. 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 lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- f. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- g. situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, inclusive o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), como “invalidez acidentária”, quando o acidente causador da lesão não corresponder a um risco coberto por este Seguro;
- h. autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;
- i. perda ou redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do início da cobertura do seguro;
- j. qualquer acidente que impossibilite o segurado de exercer sua profissão ou ocupação por um período inferior ao estipulado como franquia nestas condições especiais;
- k. estados de convalescença (após a alta médica);
- l. cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo SEGURO;
- m. procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n. lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste seguro, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerante delas consequentes;
- o. anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- p. luxações recidivantes de qualquer articulação;
- q. instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- r. tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de acidente;



- s. diárias de internação não necessárias para o efetivo tratamento médico, tais como espera para a realização de cirurgia, disponibilidade para exames de diagnose, entre outros;
- t. gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos se suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- u. toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico ou cirúrgico; e
- v. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido nas condições gerais.

**Não haverá cobertura quando a incapacidade temporária tiver início após 30 (trinta) dias da ocorrência do acidente pessoal.**

### **3. ÂMBITO GEOGRÁFICO**

Esta cobertura é válida **somente para o diagnóstico da incapacidade em território brasileiro.**

### **4. CARÊNCIA**

Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. Para os demais, o prazo máximo de carência será de até 2 (dois) anos. Entretanto, este prazo não excederá em hipótese alguma, metade do prazo de vigência.

### **5. FRANQUIA**

**O período de franquia estabelecido para esta cobertura é de 15 (quinze) dias, a contar da data do afastamento com comprovação de parecer médico.**

### **6. INDENIZAÇÃO**

O valor da indenização será aquele estabelecido na proposta, será proporcional ao período de incapacidade do segurado e está limitado ao máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias durante o período de vigência anual do seguro, consecutivos ou não, decorrentes do mesmo acidente.

**O valor da indenização independe de quaisquer despesas realizadas pelo segurado e não tem caráter de reembolso.**

**A indenização será devida após alta médica, para contabilização das diárias de internação.**



## 7. DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado ou seu representante, através da Central de Atendimento da seguradora, por meio do telefone indicado na apólice do seguro.

Deverão ser apresentados à seguradora os documentos listados a seguir:

- a. autorização para crédito de pagamento em conta corrente (formulário fornecido pela seguradora);
- b. aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- c. aviso de alta médica (formulário fornecido pela seguradora);
- d. cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- e. cópia da Carteira Nacional de Habilitação do segurado, brevê do segurado e atestado de navegabilidade da aeronave, carteira de habilitação náutica do segurado, se este era o condutor do veículo ou piloto no momento do acidente, respectivamente;
- f. cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- g. cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT), juntamente com o aviso de sinistro, nos casos de acidente de trabalho;
- h. cópia do comprovante de exercício da atividade profissional;
- i. formulário “Notificação de Afastamento das Atividades Profissionais” preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente;
- j. resultados dos exames médicos indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc – laudos e imagens);
- k. cópia do termo de curatela definitivo, em caso de alienação mental do segurado;
- l. declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data de internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente; e
- m. relatório detalhado do médico atestando o tratamento realizado e comprovando o afastamento.

**Toda cópia de documento deverá ser autenticada em cartório.**

**Caso o segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização por esta cobertura, o valor devido será pago aos seus herdeiros legais.**



## 8. INFORMAÇÕES GERAIS

O reconhecimento de incapacidade ou invalidez por instituições oficiais de previdência ou assemelhados não caracteriza por si só o estado de incapacidade temporária do segurado, a qual deverá ser avaliada conforme critérios da seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

A cobertura descrita nestas condições especiais **está condicionada à contratação da cobertura de morte pelo segurado**, observadas eventuais restrições e limites previstos.

**O pagamento de indenização com base nesta cobertura não implica, por parte da seguradora, no reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras coberturas contratadas pelo segurado.**

Esta cobertura será regida pelas condições gerais do seguro, além destas condições especiais.