



INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

A cobertura de **Incapacidade Física Temporária** é a cobertura que substitui a cobertura de Perda Involuntária de Emprego e aplica-se somente aos **profissionais liberais ou autônomos** que possam justificar uma atividade profissional.

O objetivo desta cobertura é garantir dentro dos limites estabelecidos, e observados as demais condições contratuais, o pagamento do saldo devedor, total ou parcial, decorrente de operação de crédito ou compromisso assumido pelo Segurado – **profissional liberal ou autônomo** – caso o mesmo venha a sofrer um acidente pessoal coberto ou doença que o torne total e temporariamente incapaz de exercer suas atividades laborativas, e impossibilitado de saldar a dívida motivado pela ocorrência do risco coberto, respeitados os períodos de carência e de franquia.

2. ELEGIBILIDADE

Para se ter direito a esta cobertura, é necessário que se comprove no mínimo, 12 (doze) meses contínuos de trabalho autônomo ou liberal entre o pagamento de um sinistro e a reclamação de outro sinistro decorrente de incapacidade.

3. RISCOS COBERTOS

Está coberta a incapacidade física total temporária do Segurado, por motivo de acidente pessoal e doença coberta e 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 um médico devidamente habilitado, e atestado por exames complementares.

A garantia de que trata esta cobertura é aplicável exclusivamente a Segurados sem vínculo empregatício, cuja renda advenha de atividade autônoma que possa ser devidamente comprovada.

Pelo mesmo afastamento, o número de parcelas indenizadas não pode superar a quantidade contratada.



4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos descritos nas condições gerais como excluídos, não haverá garantia de pagamento da indenização em caso de:

- a. Faturas vencidas, e despesas com mora;
- b. Compras realizadas a partir da data do sinistro;
- c. Compras realizadas no período de aviso prévio, se houver;
- d. Incapacidades, doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à celebração da apólice, para as 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 degenerativas dela consequentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- e. Hospitalização para Check-up;
- f. Gravidez e suas consequências;
- g. Lesões intra-articulares de joelho;
- h. Síndromes compreensivas nervosas;
- i. Fraturas patológicas e de elementos dentários;
- j. Dorsalgias, radiculopatias, ciática e outras neurites;
- k. Entesopatia;
- l. Entorses, distensões e contusões;
- m. Doenças mentais e psiquiátricas;
- n. Lesões e doenças que não exijam atendimento médico;
- o. Luxação de ombro (acrômio – clavicular ou gleno umeral);
- p. Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- q. Internações hospitalares para investigação diagnóstica e/ou avaliação do estado de sanidade (check-up);
- r. Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- s. Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
- t. Tratamento para obesidade em suas várias modalidades, inclusive gastroplastia redutora;
- u. Doenças ou lesões acidentais provocadas por alcoolismo ou por uso de drogas que causem dependência psicotrópica;
- v. Automutilação;
- w. Atos ilícitos, dolosos ou contrários à lei praticados pelo segurado para obter vantagens indevidas do seguro;
- x. Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

- y. Procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade, e mudança de sexo, bem como suas consequências, inclusive períodos de convalescença a eles relacionados;
- z. Tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso, convalescença e suas consequências;
- aa. Tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de acidente pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;
- bb. Doenças degenerativas da coluna vertebral, com exceção de tratamento cirúrgico;
- cc. Doenças crônicas, mesmo em fase aguda, entendendo-se como tal aquelas caracterizadas por sua evolução longa e insidiosa, com período de melhora e piora, não respondendo satisfatoriamente a procedimentos terapêuticos;
- dd. Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- ee. Prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- ff. Eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;
- gg. Eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;
- hh. Eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura é válida **somente para o diagnóstico da Incapacidade Física Total Temporária em Território Nacional Brasileiro.**



6. CARÊNCIA

Para esta cobertura haverá uma carência de, **no máximo 60 (sessenta) dias**, a contar da data de inclusão do segurado na apólice onde, qualquer evento não estará coberto.

Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais coberto, não será estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão.

O segurado ficará obrigado ao cumprimento de nova carência de no máximo **60 (sessenta) dias** em caso de falta de pagamento do prêmio por período superior a 6 (seis) meses contados do último pagamento.

Na renovação do risco individual não haverá carência.

7. FRANQUIA

A franquia estabelecida para este seguro será de no **máximo 15 (quinze) dias**, consecutivos e ininterruptos, a partir da data do desemprego involuntário do segurado, sem prejuízo da carência mencionada na cláusula anterior.

Não haverá cobertura para dívida ou compromisso vencido no período de franquia estabelecido.

8. INDENIZAÇÃO

O valor da indenização corresponderá ao valor definido na Apólice, limitado ao valor máximo **dívida contraída, respeitado o saldo devedor total ou parcial apurado na data do sinistro.**

O saldo devedor para fins de indenização será trazido a valor presente à data de sinistro, correspondendo ao valor das parcelas cobertas, deduzidos os juros e encargos contratuais.

Após a ocorrência do sinistro em que tenha havido pagamento de indenização, o segurado somente poderá receber outro pagamento de indenização em caso de nova incapacidade depois de um período de 12 (doze) meses, essa regra não se aplica, às ocorrências provenientes de acidente pessoal coberto.



9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Com base na comunicação e comprovantes do evento e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária, nos termos da Cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento do saldo devedor obedecendo os seguintes critérios:

- a) Quando a incapacidade temporária superar 30 (trinta) dias, os pagamentos serão efetuados pelo Seguradora tomando-se por base relatório médico atualizado, que deverá ser entregue pelo Segurado imediatamente após seu retorno ao médico assistente.
- b) A critério da Seguradora, e desde que definido na apólice, o pagamento poderá ser feito integralmente, com base no saldo devedor apurado, dentro dos limites estabelecidos e observadas as demais condições contratuais.
- c) Nos casos em que o período da incapacidade temporária não superar 30 (trinta) dias a Seguradora providenciará um único pagamento no valor correspondente a parcela do saldo devedor que o Seguradora permaneceu afastado, a contar do primeiro dia de afastamento de suas atividades profissionais, após o período de franquia contratado, se houver, até a alta médica.

O Segurado deve autorizar seu médico-assistente e as entidades de prestação de serviço médico-hospitalar envolvidas no seu atendimento a fornecer as informações clínicas solicitadas pelos peritos médicos da Seguradora, os quais se comprometem em zelar pela confidencialidade das mesmas, bem como autoriza submeter-se à realizações de exame físico pericial por médico da Seguradora.

Estando o Segurado em gozo de um benefício, não fará jus a outro, mesmo que seja consequência de um outro evento. Só será reconhecido pela Seguradora um novo evento se o mesmo vier a ocorrer após o Segurado obter alta médica definitiva do evento anterior.

Não haverá acumulação de indenizações em consequência de eventos decorridos em datas diferentes.



10. DOCUMENTOS PARA ANÁLISE DO SINISTRO

- a) Formulário AVISO DE SINISTRO, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico responsável, com indenização do CRM;
- b) Relatório do médico assistente comprovando o período de afastamento, com diagnóstico detalhado e descrição do tratamento, assinado pelo médico responsável e com indicação de CRM;
- c) Cópia de documento de identificação, CPF e comprovante de residência do segurado;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial e peças do Inquérito Policial, **se houver**;
- e) Laudo do exame toxicológico e de teor alcóolico, quando realizado.
- f) Relatório médico, acompanhado dos exames (laboratoriais, radiológicos e etc.) realizados para confirmação do diagnóstico e/ou durante o acompanhamento da patologia e, cópia do prontuário médico relativo ao atendimento de urgência, ambulatorial ou hospitalar.
- g) Atestado de Incapacidade Temporária emitido por profissional habilitado, informando o período de afastamento.
- h) Cópia do contrato de financiamento ou de compromisso;
- i) Comprovante do saldo devedor ou extrato atualizado da dívida ou compromisso, na data do sinistro.

A Seguradora poderá a seu critério, realizar perícia por médico integrante da Rede Credenciada da Seguradora.

A periodicidade com a qual as informações deverão ser atualizadas e reenviadas pelo segurado à seguradora será mensal, e tem por finalidade comprovar o estado de incapacidade, para continuidade do processo de indenização até o limite contratado.

11. INFORMAÇÕES GERAIS

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.

Esta cobertura será regida pelas Condições Gerais do Seguro, além destas Condições Especiais.