

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA EM CASO DE ACIDENTE OU DOENÇA

1 OBJETIVO

1.1 Esta Condição Especial integra as Condições Gerais do Plano de seguro de Pessoas Individual da CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A e tem por objetivo incluir neste seguro a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária em caso de 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 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 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, por cada evento.

2.4. Entende-se por doença preexistente a doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação.

3 COBERTURA DO SEGURO

3.1 A **cobertura de Diária de Incapacidade Temporária em caso de Acidente ou Doença** tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de um valor diário fixo no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, causada por acidente pessoal ou doença cobertos durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e após o período de carência,

respeitada a franquia e observado o limite de diárias.

3.2 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária estará limitada a 100% (Cem por cento) da Renda Média Mensal do segurado (líquida de I.R.R.F.) dividida por 30 (Trinta), parâmetro que será aplicado ao valor da diária a ser definida conforme item subsequente.

3.3 O valor da diária será definido na proposta de contratação do seguro.

3.4 Para cada evento coberto, a quantidade de diárias a ser indenizada corresponderá ao número de dias que o segurado ficar afastado por Incapacidade Temporária deduzindo-se os primeiros dias relativos ao período de franquia contratado, respeitado o Limite de Diárias estabelecido e será determinado com base em avaliação médica, podendo a seguradora submeter o segurado à perícia médica em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais.

3.4.1 Se o período de cobertura por evento que resulte em Incapacidade Temporária do segurado exceder a vigência do seguro, a indenização será mantida até o fim do afastamento, determinado conforme o item precedente, observado o limite de 365 diárias, independentemente da sua renovação. O fato de estar em período de afastamento não assegura a renovação automática do seguro, tampouco garante prorrogação da cobertura para novos eventos além da vigência originalmente contratada.

3.5 A indenização máxima da cobertura de Diária por Incapacidade Temporária que o segurado terá direito a cada período de vigência do seguro será definida na proposta de contratação de seguro, limitada ao máximo de 365 (Trezentos e Sessenta e Cinco) diárias, independentemente do número de eventos cobertos durante a referida vigência.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados na Cláusula 5 – Riscos Excluídos das Condições Gerais do seguro de Pessoas Individual:

- a) Qualquer evento coberto em decorrência de doença ocorrido durante o período de carência;
- b) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- c) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT);
- d) Doenças de características reconhecidas progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide, osteoartrose, lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;
- e) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais, não incluindo, neste último caso, os implantes de pinos e os enxertos ósseos.
- f) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- g) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- h) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto;
- i) Qualquer tratamento por motivo de senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento e abrasão química cirúrgica;
- j) Tratamento estético e para obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- k) Cirurgia para correção da miopia;
- l) Gravidez e suas intercorrências, bem como parto e suas consequências;
- m) Distúrbios ou doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia nas suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia.
- n) Doenças parasitárias e infecciosas transmi-

tidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;

- o) Infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);
- p) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- q) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- r) O período em que o segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- s) Sequelas de acidentes ocorridos anteriormente à contratação do seguro;
- t) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia.

4.2 Também estão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Temporária os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, àqueles que não tem como comprovar uma atividade remunerada.

5 CONTRATAÇÃO DA COBERTURA

5.1 A cobertura de Diária por Incapacidade Temporária será determinada na Proposta de Contratação observadas as condições dispostas nestas Condições Especiais.

5.2 O capital segurado para esta Cobertura deverá ser compatível com a renda mensal líquida do segurado proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovada quando da liquidação do sinistro, e será estabelecido contratualmente, devendo constar no respectivo Certificado Individual do seguro. Ele não será um capital fixo, mas um limite de capital indenizável.

6 BENEFICIÁRIOS

6.1 O beneficiário desta cobertura será o próprio segurado.

7 FRANQUIAS

7.1 Haverá franquia de **10 dias**, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do segurado por determinação médica. A indenização só passará a ser devida após o período de franquia, ou seja, a partir do

11º dia de afastamento.

7.2 Franquia é o período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contada a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

8 CARÊNCIA

8.1 Haverá carência de **60 (sessenta) dias**, contados a partir da data de início de vigência do seguro, para os eventos decorrentes de Doença. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes.

8.2 A carência significa o período de tempo ininterrupto contado da data de contratação do seguro até a entrada em vigor das coberturas contratadas, em que o segurado está incluso no seguro e ainda não tem direito às coberturas.

8.3 O prazo de carência será aplicado também aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro.

9 REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

9.1 Para esta cobertura serão utilizados os seguintes percentuais de aumento de acordo com a idade do segurado, na data do seu aniversário:

IDADE	PERCENTUAL DE AUMENTO
18	2,2414%
19	2,1922%
20	2,1452%
21	2,1002%
22	2,0570%
23	2,0155%
24	1,9757%
25	1,9374%
26	1,9006%
27	1,8651%
28	1,8310%
29	1,7981%
30	1,7663%
31	3,7316%
32	3,5974%
33	3,4725%
34	3,3559%
35	3,2470%
36	3,1449%

37	4,5611%
38	4,3622%
39	4,1798%
40	4,0121%
41	3,8574%
42	4,9111%
43	4,6812%
44	4,4719%
45	4,2805%
46	4,1048%
47	4,5836%
48	4,3827%
49	4,1987%
50	4,0295%
51	3,8735%
52	3,4131%
53	3,3005%
54	3,1950%
55	3,0961%
56	3,0031%
57	4,0732%
58	3,9138%
59	3,7664%
60	3,6297%
61	3,5026%
62	0,8022%
63	0,7958%
64	0,7895%
65	0,7833%
66	1,5544%
67	1,2032%
68	1,1889%
69	1,1750%
70	1,1613%
71	1,1613%

10 DATA DO EVENTO

10.1. Será considerada como data do evento, a data em que foi atestada a incapacidade do segurado.

11 CAPITAL SEGURADO

11.1 O capital segurado corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.

12 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

12.1 A indenização será paga ao segurado, de forma única, e será calculada multiplicando-se o valor da Diária por Incapacidade Temporária contratada pelo número de dias de afastamento.

12.2 O número de diárias a serem indenizadas será determinado pela seguradora em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado e de suas atividades profissionais, limitado ao máximo de diárias estabelecido nestas Condições Especiais, fundamentado no tempo médio de dias observado pela prática médica para iguais doenças ou lesões.

12.3 Junta médica:

12.3.1 No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a 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.

12.3.2 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro médico desempassador, escolhido pelos dois médicos indicados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver escolhido; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

12.3.3 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro indicado pelo segurado.

12.3.4 Na ausência de consenso quanto à escolha do terceiro médico no prazo de 15 (quinze) dias, este será indicado pela Associação Médica Brasileira ou pelo Conselho Regional de Medicina.

12.4 Os resultados apurados pela junta médica, inclusive laudos e exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

12.5 A decisão da junta médica será considerada definitiva para fins de determinação da cobertura securitária, salvo em caso de erro material ou fraude comprovada.

12.6 O pagamento das diárias se extinguirá com o retorno do segurado à atividade, com o fim do tratamento médico ou com o falecimento do mesmo ou findo o período do limite

de diárias contratado.

12.7 Se ficar verificado pela perícia médica que a incapacidade de caráter temporário evolui para uma invalidez total e permanente, nada mais será devido para a cobertura de Diária por Incapacidade Temporária.

12.9 Após cada evento, a reintegração do capital segurado relativo à cobertura Diária de Incapacidade Temporária em caso de Acidente ou Doença é automática, sem cobrança de prêmio adicional.

13 DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

13.1 Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro preenchido pelo segurado e pelo médico assistente;
- b) 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 necessários para a recuperação, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM);
- c) Cópia do prontuário médico completo, com o atendimento emergencial;
- d) Atestado Médico comprovando o afastamento;
- e) Quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s);
- f) Comprovante de renda mensal, que poderá ser a cópia do holerite ou da declaração do último Imposto de Renda ou o saldo médio bancário declarado pelo banco em papel timbrado. Não serão aceitas declarações de Contador;
- g) No caso de autônomo, poderá ser solicitado comprovantes dos últimos três meses anteriores a data do evento, do pagamento de INSS, acrescido dos documentos que comprovem a atividade desempenhada;
- h) Cópia da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- i) Cópia do comprovante de residência atualizado em nome do segurado;
- j) Autorização para crédito em conta do segurado, juntamente com o comprovante dos dados bancários informados.

14 CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1 O segurado ao completar 71 (setenta e um) anos de idade será automaticamente excluído desta cobertura.

15 ÂMBITO GEOGRÁFICO

15.1 Esta cobertura aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

16 INFORMAÇÕES GERAIS

16.1 Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de seguro de Pessoas Individual da Centauro Vida e Previdência S/A que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; e
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- d) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Centauro Vida e Previdência S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo 15414.901102/2014-63.