

1. OBJETIVO

1.1 A presente cobertura tem como objetivo garantir ao Segurado Principal o pagamento de diárias ao Segurado titular, caso este venha a se afastar temporariamente do exercício de sua ocupação remunerada em decorrência de doença ou acidente pessoal coberto. O valor da diária a ser indenizada deve ser compatível com a renda do segurado. O Segurado fará jus a esta Garantia se ficar total, contínuo e ininterruptamente, **por período temporário**, impossibilitado de exercer sua ocupação remunerada em caráter profissional durante o período em que se encontrar em tratamento médico, observados para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o Módulo contratado ("1" ou "2"), estabelecidos no Contrato.

1.2 Esta cobertura estará disponível em 2 módulos:

1.2.1 **Módulo 1:** Sem cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo;

1.2.2 **Módulo 2:** Com cobertura para L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo.

1.2.3 Em nenhuma hipótese o Segurado poderá optar pela contratação de ambos os Módulos, devendo sinalizar adequadamente, quando do preenchimento da proposta de adesão, a opção desejada.

1.2.4 Não será permitida, em nenhuma hipótese, a troca entre Módulos durante a vigência do seguro.

2. DEFINIÇÕES

2.1 **Acidente Pessoal:** para fins desta Cobertura prevalece o conceito indicado no item "Definições" das Condições Gerais deste seguro.

2.2 **Limite Máximo de Diárias Indenizáveis:** é a quantidade máxima de diárias a que o Segurado fará jus enquanto estiver afastado de sua profissão ou ocupação por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, a contar do primeiro dia após o término do período de Franquia e após cumprido o prazo de carência.

2.3 **Valor da diária contratada:** É o valor do(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do segurado titular proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, comprovado(s) quando da liquidação do sinistro, dividido por 30 (trinta), limitado ao valor do capital segurado contratado dividido por 30 (trinta).

2.4 **Capital Segurado:** é aquele indicado na proposta de adesão e no certificado individual, a título de Renda Mensal. O segurado estará contratando um limite de capital e não um capital fixo. A indenização deverá ser compatível com **o(s) rendimento(s) líquido(s) mensal(is) do Segurado proveniente(s) do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional** e será determinada a partir da comprovação de renda no momento da liquidação do sinistro, não podendo exceder tal limite. A Renda diária (ou valor da diária contratada) será obtida dividindo-se o Capital Segurado por 30 (trinta).

2.5 **Período indenitário:** corresponde ao período durante o qual o segurado fará jus ao recebimento da renda diária contratada, observado o disposto no item 6 destas condições especiais. O período indenitário contratado pelo Segurado constará da proposta de adesão e do Contrato. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

3. COBERTURA

3.1 Este seguro prevê o pagamento de diárias ao Segurado, compatível com a renda, desde que fique comprovada sua total, contínua e ininterrupta, porém temporária, impossibilidade de exercer a sua profissão ou ocupação durante o período em que se encontrar sob tratamento médico por motivo de doença ou acidente pessoal coberto, observado para cada evento o período indenitário, a franquia, a carência e o Módulo contratado, estabelecidos no Contrato.

3.1.1 **O valor do Capital Segurado poderá ser superior ao valor da renda mensal líquida comprovada, quando da liquidação de sinistro, considerando que a contratação é de um limite máximo indenizável. Sendo assim, o pagamento da indenização (valor da diária a ser pago) será realizado em função do valor comprovado, correspondente a perda de renda do segurado em função de seu afastamento, até o valor da diária contratada.**

Desta forma, não caberá devolução de prêmios, pois o mesmo não é calculado em função de um capital fixo, mas em função de um limite máximo de indenização contratado.

3.1.2 Se ficar comprovada má-fé do segurado no que tange à informação constante na proposta de contratação, o segurado perderá o direito ao recebimento do capital segurado, com base no artigo 766 do Código Civil.

3.2 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.

3.3 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.

4. PERÍODO DE FRANQUIA

4.1 Poderá ser adotado período de franquia, a contar da data do evento, conforme estabelecido no Contrato, na proposta de adesão e na apólice, obedecido o limite máximo legal de até 15 (quinze) dias.

4.2 O período de franquia para eventos decorrentes de doença ou acidente pessoal poderá ou não ser o mesmo.

4.3 O Segurado somente terá direito à garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença no caso de afastamento de suas atividades profissionais pelo tempo superior à franquia de dias estabelecida, e desde que sejam dias consecutivos e ininterruptos.

5. PERÍODO DE CARÊNCIA

5.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido no Contrato e constará na proposta de adesão e na apólice.

5.2 As garantias deste seguro somente passam a vigorar depois de cumpridos os seguintes prazos de carência:

5.2.1 Eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo: 150 (cento e cinquenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.2 Eventos decorrentes de doenças não previstas neste item alínea "a", acima: 60 (sessenta) dias contados a partir do início de vigência do seguro.

5.2.3 Eventos decorrentes de acidente pessoal: Não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

5.3 Em caso de aumento do valor da diária, as carências para eventos decorrentes de LER, DORT e LTC serão de 210 dias e para as demais doenças serão de 90 dias, consideradas a partir do início de vigência do respectivo aumento. O aumento da carência incidirá somente sobre a diferença entre o novo valor e o valor antigo, ou seja, sobre o acréscimo feito. Para o valor inicialmente acordado, permanecerá a carência prevista no item 5.2 e o prazo continuará correndo normalmente. O limite máximo que um seguro pode estabelecer como prazo de carência é de 2 (dois) anos. Entretanto, o prazo de carência não pode exceder metade do prazo de vigência da apólice.

5.4 O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

6. LIMITE MÁXIMO DE DIÁRIAS

6.1 O número máximo de diárias a serem pagas, por evento coberto, para cobertura de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal será fixado na Proposta de Adesão, no Certificado Individual e no Contrato e não poderá ser superior a:

6.1.1 90 (noventa) dias para eventos decorrentes de L.E.R. - Lesão por Esforço Repetitivo, D.O.R.T. - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e L.T.C. - Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (exclusivo para o Módulo 2); e

6.1.2 365 (trezentos e sessenta e cinco dias) para os demais eventos cobertos.

7. ADESÃO AO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável que estejam em gozo de boa saúde, em plena atividade profissional, sem qualquer comprometimento de sua capacidade laborativa, e tiverem preenchido e assinado a proposta de adesão, observados os limites de idade definidos na apólice, na qual o proponente

declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais e Especiais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8. CAPITAL SEGUADO

8.1 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.**

8.2 O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato;

8.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento, o primeiro dia do afastamento por incapacidade do segurado de exercer sua profissão ou ocupação remunerada;

8.4 O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após ocorrência de cada evento coberto, sem cobrança de prêmio adicional;

8.5 Serão considerados como mesmo evento, os afastamentos decorrentes do mesmo diagnóstico e cujo intervalo seja inferior a 90 (noventa) dias contado da data do último retorno às atividades laborativas.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos dos Módulos 1 e 2:

- a) **Gravidez, parto e suas consequências, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- b) **Toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não e suas decorrências imediatas, mediatas e tardias, exceto se decorrente de acidentes pessoais;**
- c) **Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;**
- d) **Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;**
- e) **Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;**
- f) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;**
- g) **Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;**
- h) **Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;**
- i) **Tratamento para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;**
- j) **Tratamento odontológicos e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação;**
- k) **Tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em consequência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes ou envenenamentos coletivos;**
- l) **Quando ocorrer o agravamento intencional do risco, por parte do Segurado;**
- m) **Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.**
- n) **Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;**
- o) **Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nestas Condições Gerais.**
- p) **Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido no Contrato;**

- q) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, mudança de sexo, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos à quaisquer das questões aqui relacionadas;
- r) Estados de convalescença (após a alta médica);
- s) Hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;
- t) Anomalias ou malformações congênitas com manifestação em qualquer época;
- u) Luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
- v) Doenças de características reconhecidamente progressivas, tais como fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, dor miofascial, esclerose múltipla, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, entre outras;
- w) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- x) Distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e/ou terapia;
- y) Doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais;
- z) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
- aa) Hérnia, todas, exceto após tratamento cirúrgico ou quando decorrente de acidente pessoal coberto.

9.2 Estão também expressamente excluídos do Módulo 1:

- a) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexo causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER–DORT–LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos), tais como tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias, artrites, bursites, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, dedo em gatilho, síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do pronador redondo, mialgias;
- b) Lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais degenerativas, dorsalgias e cervicalgias.

10. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

10.1 Para o recebimento da indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato. Desta forma, o segurado deverá comunicar a ocorrência do sinistro ao segurador logo que seja possível fazê-lo, conforme artigo 771 do Código Civil.

10.2 O Segurado deverá apresentar à Seguradora, os documentos listados no item 19 – Liquidação de Sinistros, das Condições Gerais, necessários ao esclarecimento e comprovação do afastamento e sua causa. Caso tais documentos não sejam suficientes para a elucidação dos fatos, deverá ser observado o disposto nos itens 19.11 e 19.12.

10.3 Com base na comunicação e comprovantes de sinistro e estando devidamente caracterizada a incapacidade temporária nos termos destas condições, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias.

11. INDENIZAÇÃO

11.1 A indenização consiste no pagamento do **valor da diária compatível com a renda mensal líquida proveniente única e exclusivamente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional, limitada ao valor da diária de referência contratada constante na proposta de adesão**, durante o período do efetivo afastamento prescrito pelo Médico Assistente, desde que ratificado no relatório da perícia médica, mas limitado ao período indenitário contratado. O período prescrito pelo Médico Assistente deverá corresponder ao da efetiva incapacidade laborativa e ser compatível com o período necessário à recuperação do Segurado, salvo nos casos de intercorrências comprovadas e que justifiquem a prorrogação do período inicialmente previsto, devidamente comprovada por laudo do Médico Assistente.

11.2 A primeira perícia médica poderá determinar a necessidade de realização de nova perícia médica, quando será apresentado um relatório atualizado do médico assistente.

11.3 A indenização será devida depois de cumprido os prazos de carência e franquia, quando se inicia a contagem do período indenitário contratado. O pagamento das diárias se extinguirá com o falecimento do segurado ou com o retorno do segurado à atividade.

11.4 É de exclusiva responsabilidade do Segurado em gozo da Renda Diária por Incapacidade Temporária a comunicação, por escrito, da cessação do seu estado de incapacidade ou retorno à atividade remunerada.

11.5 Caso a Seguradora venha efetuar pagamentos indevidos, por omissão da comunicação prevista no item anterior, o Segurado ficará responsável pela devolução, à Seguradora, das quantias indevidamente pagas.

11.6 O pagamento das diárias será feito no 10º (décimo) dia útil de cada mês subsequente ao afastamento, desde que tenha sido apresentada a documentação pertinente. Nos casos em que o período de afastamento superar 30 (trinta) dias, o pagamento será efetuado a cada 30 (trinta) dias.

11.7 A indenização será paga com base no(s) rendimento(s) mensal(is) líquido(s), proveniente(s) exclusivamente do exercício da ocupação remunerada em caráter profissional do Segurado, em vigor na data do sinistro, devidamente comprovado(s), limitado ao Capital Segurado contratado.

11.8 A partir da data em que se tornar exigível, e não sendo cumprido o prazo estabelecido para o pagamento, a indenização será atualizada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 11 das Condições Gerais.

11.9 A variação de que trata o subitem 11.8, será apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito a aplicação de Mora, conforme subitem 11.10.

11.10 Da Aplicabilidade de Mora: Adicionalmente à atualização descrita nos subitens anteriores, os valores relativos às indenizações serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao ano, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no subitem 19.10 das Condições Gerais, sendo efetuada a partir do 1º dia posterior ao referido prazo.

11.11 Não haverá acúmulo de pagamento de diárias.

11.12 Todas as despesas efetuadas com a comprovação do evento correrão por conta do segurado. As comprobatórias da exclusão de cobertura correrão por conta da Seguradora.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1 Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

12.2 Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.