

MANUAL APP POR ASSENTO ZURICH

**MANUAL
DE SERVIÇO**



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro garante o pagamento de uma indenização ou o reembolso ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), no caso da ocorrência de um evento coberto pelas garantias contratadas pelo segurado, conforme especificado no item 3 destas condições gerais e observadas as restrições legais e contratuais.

1.1. **Todas as indenizações deste seguro serão pagas no Brasil e em moeda nacional.**

1.2. Nos casos de reembolso de despesas em que houver necessidade de conversão de moeda estrangeira para moeda nacional, será utilizado o câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

1.3. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

2. DEFINIÇÕES

Para efeito deste seguro, os termos e definições abaixo serão entendidos apenas e tão somente com a conotação e no sentido dado pelo texto correspondente ao termo ou definição.

2.1. **Acidente Pessoal**

É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, incapacidade ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

Incluem-se nesse conceito:

- a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Não se incluem neste conceito:

- a) As doenças, inclusive 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 acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As 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 as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

2.2. Aditivo ou Endosso

É o documento emitido pela Seguradora que formaliza a cobrança de prêmio ou qualquer alteração contratual.

2.3. Apólice

É o instrumento do contrato do seguro. É o ato escrito que constituiu a prova formal desse contrato.

2.4. Ato Violento

Entende-se como ato violento o emprego de violência contra o segurado, com o intuito de subtrair bem em sua posse.

2.5. Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica indicada pelo Segurado para receber a indenização devida em caso de ocorrência de sinistro de morte. Em caso de indenizações referentes às demais Coberturas o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

2.6. Capital Segurado

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

2.7. Carência

Período de tempo determinado em dias consecutivos fixado em aditivo, e contados a partir da data de inclusão do Segurado na apólice,

durante o qual o mesmo não tem direito a recebimento de diárias por internação hospitalar, devendo, entretanto, ser (em) pago(s) o(s) prêmio(s) relativos ao mesmo período, na(s) data(s) previamente estabelecida(s).

2.8. Certificado Individual

É o documento emitido pela Seguradora que comprova ao Segurado a validade legal do seguro, conforme as condições constantes na apólice.

2.9. Condições Gerais

É o instrumento contratual que contém as cláusulas que regem este seguro, disciplinam as obrigações das partes contratantes e definem as características gerais do seguro.

2.10. Declaração Pessoal de Saúde e Atividades

É o documento fornecido pela Seguradora que, devidamente preenchido, assinado e a ela entregue, caracteriza a vontade do proponente, de ser incluído no seguro. A inclusão está sujeita a análise das informações constantes neste documento e da posterior aceitação por parte da Seguradora.

2.11. Diária Pecuniária/Capital Segurado

É o valor em moeda corrente nacional que será pago por cada dia de incapacidade temporária do Segurado, conforme o disposto nas condições deste seguro.

2.12. Doença Preexistente

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

2.13. Doenças ou Acidentes preexistentes

São doenças contraídas, ainda que não manifestadas, ou acidentes pessoais ocorridos anteriormente à data do início de vigência individual, que sejam de conhecimento do Segurado, titular ou dependente e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

2.14. Estipulante

É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora, respondendo pela manutenção e cancelamento da apólice de seguro e dos certificados de seguro em nome dos segurados.

2.15. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, descrito no item 3. GARANTIAS e ocorrido durante a vigência do seguro.

2.16. Franquia

Quantidade de dias consecutivos contados entre a data da ocorrência do evento gerador de incapacidade e a data de pagamento da primeira

diária pecuniária, sendo definido em aditivo este período para cada apólice.

2.17. Grupo Segurável

É o conjunto das pessoas físicas que, ligadas por qualquer vínculo ao Estipulante, podem solicitar sua inclusão como Segurado na apólice.

2.18. Hospitalização

É a permanência nas dependências de um Hospital ou estabelecimento similar, devidamente habilitado pelos órgãos oficiais competentes a funcionar como tal, em regime de internação para tratamento médico, por um período mínimo de 12 (doze) horas.

2.19. Indenização

É o valor pago pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s) ou ao próprio Segurado em razão da ocorrência do sinistro, decorrente de um dos riscos cobertos pela apólice de seguro, sempre limitado ao capital segurado da respectiva cobertura.

2.20. Médico

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina.

Não serão aceitos como médico: o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

2.21. Período Aquisitivo

Limite mínimo de dias consecutivos, que estabelece a carência para pagamento de novas parcelas de renda, considerando – se a data de recebimento pelo Segurado, da última parcela de indenização paga pela Seguradora decorrente de sinistro desta cláusula, sendo este limite mínimo de pelo menos 12 (doze) meses.

2.22. Prêmio do Seguro

É o valor, expresso em moeda nacional, que o Estipulante e/ou Segurado paga para a Seguradora para que esta assuma determinado risco ou conjunto de riscos.

2.23. Proponente

É a pessoa segurável, ou seja, que propõe sua inclusão no seguro e que passará a ser segurado quando aceito pela seguradora.

2.24. Proposta de Adesão

É o formulário fornecido pela Seguradora que, devidamente preenchido, assinado e a ela entregue, formaliza a solicitação de um componente do grupo segurável de ser incluído no seguro, manifestando pleno conhecimento de suas obrigações e direitos estabelecidos nestas condições gerais, sendo que sua efetiva inclusão está condicionada a análise das informações constantes neste documento e da aceitação por parte da seguradora.

2.25. Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída que assume a responsabilidade do pagamento de uma indenização devida, em caso de sinistro decorrente de um risco coberto pela apólice de seguro.

2.26. Segurado

É a pessoa física incluída no Seguro de Pessoas, que tenha atendido a todas as condições determinadas pela Seguradora para tal inclusão.

2.27. Segurado Dependente

É o cônjuge ou companheira (o) legalmente reconhecida (o) e os filhos ou enteados do segurado principal, que efetivamente foram incluídos no seguro.

2.28. Sinistro

É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas no seguro, ocorrido durante a vigência do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

3. GARANTIAS

3.1. As Coberturas oferecidas por este Seguro encontram-se definidas em Condições Especiais e quando contratadas e especificadas no contrato de seguro farão parte integrante destas Condições Gerais.

3.2. As seguintes coberturas são passíveis de contratação:

3.2.1. Morte – M

3.2.2. Auxílio Funeral em caso de Morte (Adiantamento) – AFMA

3.2.3. Auxílio Funeral em caso de Morte (Reembolso) – AFMR

3.2.4. Prestamista em caso de Morte - PM

3.2.5. Cesta Básica em caso de Morte – CBM

3.2.6. Morte Hóspede de hotel - MH

3.2.7. Morte Acidental – MA

3.2.8. Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental (Adiantamento) – AFMAA

3.2.9. Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental (Reembolso) – AFMAR

3.2.10. Cesta Básica em caso de Morte Acidental - CBMA

3.2.11. Morte Acidental Vítima de Crime – MAVC

3.2.12. Morte Acidental em Viagens - MAV

3.2.13. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

3.2.14. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Hóspede de hotel – IPAH

3.2.15. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA

3.2.16. Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente - CBIPTA

3.2.17. Prestamista em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente – PIPTA

3.2.18. Invalidez Permanente Total Vítima de Crime – IPTVC

3.2.19. Despesas Extraordinárias decorrentes de Morte ou IPTA - DE

3.2.20. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD

3.2.21. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – ILPTD

3.2.22. Desemprego Involuntário - D

- 3.2.23. Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença – IT
- 3.2.24. Incapacidade Física e Temporária por Acidente – ITA
- 3.2.25. Incapacidade Física e Temporária por Doença – ITD
- 3.2.26. Renda diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente ou Doença – RIT
- 3.2.27. Renda diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente – RITA
- 3.2.28. Renda diária por Incapacidade Física e Temporária por Doença – RITD
- 3.2.29. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas – DMHO
- 3.2.30. Diária por Internação Hospitalar por Acidente ou Doença– DIH
- 3.2.31. Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
- 3.2.32. Diária por Internação Hospitalar por Doença– DIHD
- 3.2.33. Diária por Internação Hospitalar em UTI ou CTI – DIH_UTI
- 3.2.34. Diária por Internação Hospitalar no Exterior - DIHE
- 3.2.35. Doenças Graves - DG
- 3.2.36. Diagnóstico de Câncer - DC
- 3.2.37. Transplante de Órgãos – TO
- 3.2.38. Doença Congênita de Filhos
- 3.2.39. Diagnóstico de Câncer Feminino (câncer de ovário, trompas, vagina, vulva, mama e útero) - DCF
- 3.2.40. Diagnóstico de Câncer Masculino (pênis, próstata e testículo) - DCM
- 3.2.41. Coberturas Suplementares
 - 3.2.41.1. Inclusão de Cônjuge
 - 3.2.41.2. Inclusão de Filhos

- 3.3. **A garantia de Morte nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas de funeral, incluídas as havidas com traslado e excluídas aquelas que digam respeito à aquisição de terrenos, jazigos e ou carneiros.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS DE TODAS AS GARANTIAS

Este seguro não indenizará em nenhuma das suas garantias os eventos abaixo e suas consequências:

- A)** Doenças e/ou lesões pré-existentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado não declaradas na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão;
- B)** O suicídio premeditado ou não e sua tentativa, se ocorrer nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- C)** Os danos causados por atos ilícitos e dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, sendo que nos seguros contratados por pessoas jurídicas o mesmo se aplica a seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- D)** Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão

nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- E) Atos ou operação de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, de guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se o segurado estiver comprovadamente prestando serviço militar ou se seus atos forem justificados por gestos de humanidade em auxílio de terceiros;
- F) Ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
- G) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- H) Competições em veículos, inclusive treinos preparatórios; prática de paraquedismo, vôo livre, autogiro, ultraleve, motociclismo, automobilismo, corrida de barcos, mergulho autônomo, boxe e similares, desde que o segurado não tenha habilitação técnica e legal;
- I) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- J) Acidentes, bem como suas conseqüências, ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro;
- K) As doenças (inclusive as profissionais e as decorrentes de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação), ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente pessoal, ressalvadas as infecções e estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- L) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
- M) As situações reconhecidas ou equiparadas, pelas instituições oficiais de previdência ou entidades assemelhadas, à “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Não obstante o descrito nos itens E, I e H estarão cobertos por este seguro os sinistros em conseqüência da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da

prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

5.1. São obrigações do Estipulante

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) Comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

Nos seguros contributários ou parcialmente contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos não acarreta a suspensão da cobertura e sujeita o Estipulante às cominações legais.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Conforme definido na Condição Especial de cada cobertura.

7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 7.1. As carências e franquias estão descritas na Condição Especial de cada cobertura.
- 7.2. Os sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais não possuem carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou sua recondução depois de suspenso.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.
- 8.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.
- 8.3. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 8.4. A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.5. A sociedade seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.5.1. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa da contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativa, os prazos previstos neste item serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente.
- 8.6. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo acima. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 8.7. A seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto no item 8.5, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor do

adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

- 8.9. É obrigatório por parte da seguradora a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes.
- 8.10. O Segurado se obriga a declarar no cartão proposta a existência de qualquer outro seguro de pessoas, que esteja em vigor e do qual ele seja considerado Segurado Principal ou Dependente, seja qual for a Seguradora.
- 8.11. A inclusão de segurados principais na apólice ocorrerá de uma das formas abaixo, desde que não haja qualquer impedimento para tal inclusão definida nas demais condições:
- a) **Automática:** quando se considerar compulsória a inclusão de todos os segurados principais a partir do momento do estabelecimento de vínculo associativos, profissional ou empregatício com o Estipulante.
 - b) **Facultativa:** a inclusão ocorrerá somente por solicitação do Segurado, através do preenchimento de proposta ou cartão-proposta, e aceitação do risco por parte da Seguradora.

9. VIGÊNCIA

- 9.1. As apólices, certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24hrs das datas para tal fim neles indicadas, não podendo ultrapassar o período de 5 (cinco) anos. Findo o período de vigência, o segurado terá a opção de renovar a cobertura por mais 1 (um) período devendo para tanto manifestar sua opção através do pagamento do primeiro prêmio mensal referente ao novo período de cobertura.
- 9.2. **Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência do seguro a partir da data da recepção da proposta pela sociedade seguradora.**
- 9.3. O simples recebimento do prêmio não implica em aceitação do seguro e, caso não seja aceito, a Seguradora devolverá o valor recebido, devidamente corrigido.
- 9.4. **Não havendo o pagamento de prêmio quando do protocolo da proposta, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data da aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.**
- 9.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final da vigência do seguro, se este não for renovado.

10. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 10.1.** A apólice é emitida com o prazo de vigência nela estipulado, limitado ao máximo de 5 (cinco) anos, e será considerada automaticamente renovada uma única vez, por igual período, no final de sua vigência. As renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 10.2.** A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos. Caso haja na renovação alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.
- 10.3.** A renovação automática não se aplica aos segurados ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.
- 10.4.** Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.
- 10.5.** **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.**

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1.** Capital segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 11.2.** A data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros de cada cobertura está descrita na Condição Especial da respectiva cobertura.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 12.1.** Os valores do seguro sujeitam-se a atualização monetária pelo INPC/IBGE Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico, **anualmente**.
- 12.2.** A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de elegibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 12.3.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 12.4.** No caso de recusa da proposta de seguro, ultrapassado o prazo de 10

(dez) dias para a devolução do prêmio ao Segurado, o valor correspondente será atualizado segundo o item 12.1., a partir da data da formalização da recusa.

- 12.5. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao Segurado, devidamente atualizados, desde a data de recebimento pela Seguradora.
- 12.6. No caso de cancelamento do contrato, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- 12.7. **No caso do não pagamento da indenização no prazo estipulado no item 19.1., implicará aplicação de atualização monetária pela variação positiva do índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico – INPC/IBGE e juros de mora desde a ocorrência do evento até e data da efetivação da referida indenização.**
- 12.8. No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13. JUROS DE MORA

- 13.1. O não-cumprimento das obrigações pela Seguradora ora previstas, a sujeitará aos juros de mora de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente taxa mensal, mais a atualização monetária prevista no item 12.
- 13.2. Os valores relativos às obrigações decorrentes do presente contrato serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) do valor da obrigação e de juros acima descritos, quando os prazos para pagamento não forem cumpridos nos termos destas condições.
- 13.3. Os juros da mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

14. PAGAMENTO DE PRÊMIOS

- 14.1. O prêmio do seguro será calculado aplicando-se sobre os capitais segurados a taxa prevista para cada garantia contratada no plano de seguro. A soma de seu resultado determinará o valor em moeda nacional a ser paga para o conjunto das coberturas, sendo que a taxa, a periodicidade da cobrança, bem como a respectiva data de pagamento à Seguradora constarão de aditivo a apólice.
- 14.2. A data limite para o pagamento do prêmio integral ou da primeira parcela do seu fracionamento, não poderá ultrapassar o 30º dia do início de vigência do risco, exceto se houver anuência da Seguradora quanto a qualquer outra data.
- 14.3. Quando a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia

útil em que houver expediente bancário.

- 14.4. Caso ocorra um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio ou de parcela dele, sem que este esteja efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o pagamento se dê no prazo avençado, ou houver comunicação do sinistro à seguradora dentro deste mesmo prazo.
- 14.5. Decorridos os prazos estabelecidos na apólice sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio devido a Seguradora, o contrato ou aditamento(s) a ele referente(s) ficará (ão) automaticamente e de pleno direito **suspenso(s)** independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança. **Durante este período, caso ocorra um evento coberto, o segurado não terá direito às indenizações.**
- 14.6. O Segurado poderá restabelecer o direito às coberturas contratadas desde que retome o pagamento do prêmio dentro do prazo máximo de 60 dias contados da data de inadimplência. O restabelecimento da cobertura será feito desde que não tenha ocorrido nenhum sinistro no período de suspensão da cobertura e se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. Caso o segurado não retome o pagamento do prêmio no prazo acima previsto o seguro será cancelado e o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio já pago, sendo o segurado notificado com antecedência mínima de 10 (dez) dias corridos antes do término do prazo de vigência ajustado.
- 14.7. Este seguro poderá ser pago à vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito no certificado individual de seguro.
- 14.7.1. Nos prêmios fracionados com incidência de juros, será facultado ao Segurado antecipar o pagamento do prêmio fracionado, total ou parcialmente, mediante redução proporcional dos juros pactuados.
- 14.8. A falta de pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela nas datas indicadas implicará o cancelamento automático no certificado individual de seguro desde o início de vigência, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 14.9. No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto abaixo:

14.9.1. Tabela de Prazo Curto

% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO	% DO PRÊMIO ANUAL	PRAZO
13	15 dias	56	135 dias	83	255 dias
20	30 dias	60	150 dias	85	270 dias
27	45 dias	66	165 dias	88	285 dias
30	60 dias	70	180 dias	90	300 dias
37	75 dias	73	195 dias	93	315 dias
40	90 dias	75	210 dias	95	330 dias
46	105 dias	78	225 dias	98	345 dias
50	120 dias	80	240 dias	100	365 dias

- 14.9.2.** Para os percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto do item 14.9.1 desta cláusula, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.
- 14.9.3.** A Seguradora informará ao Segurado ou seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.
- 14.9.4.** Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original.
- 14.9.5.** Findo o novo prazo de vigência da cobertura sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro em até 90 (noventa) dias.
- 14.9.6.** No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resulte em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato em até 90 (noventa) dias.
- 14.10.** Se ocorrer um sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas sem que este tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, se o respectivo valor for pago ainda naquele prazo.
- 14.10.1.** Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato de seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 14.11.** Para quitação da parcela correspondente ao fracionamento do prêmio na opção de débito automático, a quitação estará vinculada à confirmação de quitação da parcela, sendo que, se não houver saldo suficiente ou se o débito não for efetuado pelo banco, a parcela será considerada pendente.
- 14.12.** No seguro mensal, o não pagamento do prêmio mensal na data indicada no respectivo documento de cobrança implicará no cancelamento do contrato de seguro em até 90 (noventa) dias, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.
- 14.13.** Se o Estipulante deixar de recolher à Sociedade Seguradora prêmios

recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice ou à suspensão da cobertura individual dos que tenham efetuado o pagamento, por caracterizar apropriação indébita, e permitirá a seguradora a execução dos prêmios vencidos.

- 14.14.** É vedado ao Estipulante o recolhimento de quaisquer valores dos segurados, que não sejam destinados ao pagamento de prêmio à seguradora. Caso o mesmo receba juntamente com o prêmio, qualquer outra quantia que não se refira ao seguro, seja a que título for, fica o estipulante, obrigado a destacar no respectivo documento, o valor do prêmio do seguro relativo a cada segurado.
- 14.15.** Os pagamentos de prêmios efetuados por meio de cheques, só serão considerados para efeito de cobertura, após a competente compensação dos mesmos, perante os bancos sacados.
- 14.16.** A Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio do seguro, após informação prévia ao Estipulante/Segurado, caso ocorra alteração significativa de ordem técnica - atuarial na apólice que possa influir diretamente na taxa anteriormente acordada.
- 14.16.1.** Qualquer alteração de taxas deste seguro, por implicar em ônus aos segurados, somente poderá ser feita com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 15.1.** Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio ou de parcela dele na data prevista, as coberturas deste seguro ficarão automaticamente suspensas a partir das 24hrs desta data, voltando a vigorar a partir das 24hrs do dia da regularização do pagamento do prêmio, desde que não tenha ultrapassado o prazo descrito no certificado de seguro como prazo limite, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo o período de suspensão da cobertura.
- 15.2.** Decorrido o prazo de 60 dias da data do inadimplemento, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro será cancelado, sendo o segurado/estipulante notificado com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos antes do término de referido prazo.
- 15.3.** Qualquer indenização/reembolso somente será devida se o prêmio relativo ao período de ocorrência do sinistro houver sido pago na data avençada, a cobertura não estiver suspensa e desde que o seguro já não esteja cancelado.
- 15.4.** A suspensão e reabilitação não se aplicam para pagamento de prêmio fracionado.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 16.1.** Decorrido o prazo referido no item 15.2, sem que tenha sido quitado o prêmio do seguro, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito cancelado,

independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

- 16.2.** Se o estipulante deixar de recolher à seguradora prêmios recebidos, tal fato não ensejará o cancelamento dos respectivos certificados individuais e nem a suspensão de suas coberturas, ficando o estipulante sujeito às sanções penais, civis e administrativas que forem cabíveis.
- 16.3.** Os seguros não serão cancelados sob a alegação de alteração de natureza dos riscos.
- 16.4.** O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível.
- 16.4.1.** O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17. CANCELAMENTO DA APÓLICE

17.1 A apólice coletiva será cancelada:

A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante ou o Segurado. No caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

Pela Seguradora ou estipulante no aniversário da apólice com aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo.

- 17.2.** No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- A sociedade Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de cobertura decorrido.
- Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 14.9.1.
- Pela Seguradora ou Estipulante no aniversário da apólice com aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo.

17.3. Cessação da cobertura individual

17.3.1. A cobertura individual de cada Segurado principal cessa:

- a) Automaticamente com o desaparecimento do vínculo entre Segurado e Estipulante;
- b) Quando o Segurado solicitar expressamente sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

- c) Com o fim de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, se esta não for renovada;
- d) Com a morte do Segurado;
- e) Por falta de pagamento de prêmios, conforme legislação em vigor;
- f) Pela Seguradora ou Estipulante no aniversário da apólice com aviso prévio de 60 (sessenta) dias no mínimo;
- g) Se o Segurado, seus Prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou simulação no ato da contratação ou durante a vigência do contrato, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, não cabendo qualquer restituição de prêmio, ficando a sociedade Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o exposto acima aplica – se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

O Segurado que perder o vínculo com o estipulante poderá permanecer na apólice desde que assuma o pagamento total do prêmio do seguro, e exista concordância da Seguradora quanto à continuidade.

17.3.2. A cobertura dos segurados cônjuges ou filhos cessa:

- a) **Com a Morte do Segurado principal;**
- b) **Com a perda da condição de dependente conforme legislação em vigor;**
- c) **A pedido do Segurado principal;**
- d) **Com a exclusão do Segurado principal da apólice;**
- e) **Com a exclusão da respectiva cláusula suplementar da apólice.**

18. COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

18.1. Como contatar a seguradora

18.1.1. Ocorrendo a necessidade de utilizar algumas das coberturas contratadas deste seguro, o segurado deverá contatar a central de atendimento da seguradora.

18.1.2. Neste telefonema, o segurado informará:

- a) Seu nome e o número de seu certificado individual;
- b) O local e o telefone onde se encontra;
- c) O problema e o tipo de informação ou ajuda necessárias.

19. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO

Para o aviso de sinistro, o(s) beneficiário(s) do segurado ou o próprio segurado, deverá (ão) apresentar os documentos descritos no item 8 da Condição Especial da cobertura sinistrada.

19.1. A partir da entrega da documentação especificada para a liquidação de sinistros de cada cobertura, a seguradora tem o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar a sua liquidação, facultando-se à sociedade seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, a solicitação de

outros documentos além dos acima elencados.

- 19.2. No caso de solicitação de nova documentação o prazo para liquidação de sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 19.3. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.
- 19.4. Os valores das obrigações pecuniárias das sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária.

20. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seus prepostos ou beneficiários:

A) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas pelo estipulante, pelo segurado ou pelo corretor de seguros, que influam na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, ficando obrigado o segurado ao pagamento do prêmio vencido;

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

- B)** Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro e na lei, inclusive a de comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto pela apólice, se comprovado que silenciou de má fé;
- C)** Dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- D)** O segurado agravar intencionalmente o risco objeto do contrato, incluindo os casos de dependência química de álcool, drogas ou medicamentos;
- E)** Não fornecimento da documentação solicitada.

Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

21. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

- 21.1.** O pagamento de indenização será realizado ao beneficiário conforme descrito no item 5 das Condições Especiais de cada cobertura.

22. FORO

As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro adverso.

23. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

24. CUSTEIO DO SEGURO

- 24.1.** Este seguro poderá ser pago à vista ou custeado através do fracionamento do prêmio, conforme o número de parcelas descrito no certificado individual de seguro.
- 24.2.** Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante deste contrato o custeio poderá ser:
 - a) Não contributivo, quando os Segurados não pagam prêmios; ou
 - b) Contributivo, quando os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.

25. REAVALIAÇÃO DAS TAXAS

- 25.1.** As taxas puras para este seguro serão revistas, anualmente, quando o valor total dos sinistros ultrapassarem os prêmios ganhos em 50% (cinquenta por cento) ou quando forem inferiores aos prêmios ganhos

em 30%.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

Cabe ao Estipulante comunicar a todos os Segurados o teor do contrato de seguro, bem como informar suas posteriores alterações.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O registro deste plano de seguro na Susep (Superintendência de Seguros Privados) não implica, por parte desta autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

O segurado e/ou estipulante poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Qualquer alteração de taxas deste seguro, por implicar em ônus aos segurados, deverá observar o disposto acima.

Quando a modificação não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

Os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL MORTE

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 Morte.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.

5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.

7.2. No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

7.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*.

Em caso de Morte Acidental além documentos acima deverão ser apresentados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE (ADIANTAMENTO)

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 Auxílio Funeral em caso de Morte (adiantamento).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, um adiantamento de parte da indenização da cobertura de Morte com finalidade de custear as despesas com funeral quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.

7.2. No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

7.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

Em caso de Morte Acidental além documentos acima deverão ser apresentados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE (REEMBOLSO)

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 Auxílio Funeral em caso de Morte (reembolso).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2.** No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.3.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Notas fiscais dos gastos com o funeral.

Em caso de Morte Acidental além dos documentos acima deverão ser apresentados:

- g) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - h) Laudo necroscópico - IML;
 - i) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
 - j) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
 - k) CAT – quando o caso exigir.
- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL PRESTAMISTA EM CASO DE MORTE

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 Prestamista em caso de Morte.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Os segurados para esta garantia são pessoas físicas devedoras de obrigações ou compromissos financeiros a pessoas jurídicas legalmente constituídas.
- 3.3.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. PRESTAÇÕES DA DÍVIDA OU COMPROMISSO EM ATRASO

- 4.1.** O valor das prestações da dívida ou compromissos consideradas em atraso pelo Estipulante, e cujo prêmio(s) não tenha(m) sido(s) pago(s) a Seguradora, não serão considerados para determinação do capital segurado no momento da ocorrência do acidente.

5. VIGÊNCIA DA APÓLICE

- 5.1.** O período de vigência da apólice de vida em grupo será de 01 (um) ano a contar das 24 horas do dia subsequente ao pedido de cobertura pelo Estipulante à Seguradora, ou na data previamente acordada entre ambos. Sendo que períodos de vigência diferente do acima exposto devem ser estabelecidos de comum acordo prévio entre as partes contratantes.
- 5.2.** Para cada segurado, a duração do respectivo seguro não poderá

exceder a data de quitação da dívida ou do compromisso financeiro inicial firmado com o estipulante.

- 5.3. Considerar-se-á como nova inclusão todo prestamista que, depois de terminada a operação anterior, contrair nova dívida ou compromisso com estipulante do seguro.
- 5.4. Considera-se também como coberto, qualquer aumento do valor da dívida ou compromisso em relação ao valor anteriormente vigente, contratado pelos segurados, respeitado o capital máximo individual de cada cobertura constante na apólice.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. Sendo variável o Capital Segurado, o único beneficiário da indenização deste seguro será o estipulante da apólice, pelo saldo devedor do segurado, na data de seu falecimento;
- 7.2. Sendo constante o Capital Segurado, a indenização será paga ao estipulante até o limite do saldo devedor do segurado, e o restante será pago ao beneficiário previamente nomeado pelo segurado, respeitando o disposto nas condições gerais da apólice;
- 7.3. Sendo constante o Capital Segurado e não havendo indicação expressa de beneficiário pelo segurado, a indenização será paga primeiro ao estipulante até o limite do saldo devedor do segurado, e o restante, metade ao cônjuge e metade aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.
- 8.2. A forma do capital segurado a ser definido em aditivo poderá ser:
 - a) Constante durante toda a vigência do contrato e limitado ao valor inicial da dívida ou do compromisso
 - b) Variável e igual ao estado da dívida ou do compromisso.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 9.2. No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução

depois de suspenso.

- 9.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

Em caso de Morte Acidental além documentos acima deverão ser apresentados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 10.2. 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.

11. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

- 11.1. O segurado se obriga a declarar no cartão proposta a existência de qualquer outro seguro de vida, que esteja em vigor e do qual ele seja considerado Segurado Principal ou Dependente, seja qual for a Seguradora.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

- 12.1. Os valores do seguro sujeitam-se a atualização monetária pelo INPC/IBGE Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, após um ano de sua vigência.

- 12.1.1. A atualização será efetuada com base na variação acumulada dos últimos 12 (doze) meses, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao aniversário da apólice.

- 12.1.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros

moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

- 12.1.3. No caso de recusa da proposta do seguro, ultrapassando o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio ao segurado, o valor correspondente será atualizado segundo o item 12.1., a partir da data de formalização da recusa.
- 12.1.4. No caso de recebimento indevido do prêmio, os valores serão devolvidos ao segurado, devidamente atualizados, desde a data de recebimento pela seguradora.
- 12.1.5. No caso de cancelamento do contrato, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.
- 12.1.6. No caso de não pagamento da indenização no prazo estipulado pelo item 19.1, nas Condições Gerais, implicará aplicação de juros e mora desde a ocorrência do evento até a data de efetivação da referida indenização.
- 12.2. No caso de extinção do índice estabelecido no item 12.1., deverá ser utilizado o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

13. TRANSFERÊNCIA

- 13.1. Os direitos decorrentes dos seguros contratados pela presente apólice não poderão ser objeto de transferência, cessão ou qualquer outro ônus.

14. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 14.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1. Cabe ao Estipulante comunicar a todos os Segurados o teor do contrato de seguro, bem como informar suas posteriores alterações. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora, decorrentes do presente contrato, serão acrescidos de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o fixado neste contrato. Os juros, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado neste contrato, serão de 1% ao mês, limitados a 12% ao ano.
- 15.2. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE

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 Cesta Básica em caso de Morte.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2.** No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.3.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pelo presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

Em caso de Morte Acidental além documentos acima deverão ser apresentados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL MORTE HÓSPEDE DE HOTEL

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 Morte Hóspede de Hotel.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Os segurados para esta garantia são os hóspedes do hotel devidamente registrados nos livros e registros oficiais do Estipulante durante todo o período de hospedagem.
- 3.3.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da morte do segurado.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2. No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

Em caso de Morte Acidental além documentos acima deverão ser apresentados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - g) Laudo necroscópico - IML;
 - h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
 - i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
 - j) CAT – quando o caso exigir.
- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas da QBE Brasil Seguros S.A. que não foram revogadas por estas Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL MORTE ACIDENTAL

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 Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado, **por causas acidentais**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Esta cobertura só apresentará carência no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*;
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL
AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (ADIANTAMENTO)**

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 Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental (adiantamento).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas 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), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, um adiantamento de parte da indenização da cobertura de Morte Acidental com finalidade de custear as despesas com funeral quando ocorrer à morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2. Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3. Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do

Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2. Esta cobertura só apresentará carência no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
 - b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
 - c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
 - d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
 - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
 - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - g) Laudo necroscópico - IML;
 - h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
 - i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
 - j) CAT – quando o caso exigir.
- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (REEMBOLSO)

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 Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental (reembolso).

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer à morte do segurado, por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O capital desta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do

Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2. Esta cobertura só apresentará carência no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.
- k) Notas fiscais dos gastos com o funeral.

- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL CESTA BÁSICA EM CASO DE MORTE ACIDENTAL

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 Cesta Básica em caso de Morte Acidental.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer à morte do segurado, **por causas acidentais**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2.** Esta cobertura só apresentará carência no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pelo presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL MORTE ACIDENTAL VÍTIMA DE CRIME

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 Morte Acidental Vítima de Crime.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.
- 2.2.** Além da definição acima serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado **decorrente de crime**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 5.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do

Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.

- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
7.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL MORTE ACIDENTAL EM VIAGENS

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 Morte Acidental em Viagens.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer à morte do segurado exclusivamente em decorrência de **causas acidentais** e desde que o acidente ocorra enquanto o Segurado estiver indo para, retornando de ou **durante a viagem** de negócios **com destino superior a 100 km (cem quilômetros)** de sua residência, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** **Estão excluídos desta cobertura os riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais.**

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 5.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 5.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.

- 5.4. Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 5.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGUADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 7.2. Esta cobertura só apresentará carência no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *beneficiário*;
- c) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integram 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas 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 percentual do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.6 em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente.
- 3.3. A Invalidez Permanente total por acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.4. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela do item 3.6, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição Permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.5. Na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).E
- 3.6. No caso de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente, desde que a mesma seja de caráter definitivo, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVAL. PERM.	DISCRIMINAÇÃO	% sobre o Capital Segurado
T O T A L	Perda total de visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
P A R C I A L S	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
R C I A L S	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
P A R C I A L S	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
P A R C I A L S	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do receptivo dedo	
O S	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

- 3.7.** No caso de perda parcial, ficando reduzida as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, a percentagem de redução prevista na Tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.8.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente por Acidente; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total.
- 3.9.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.
- 3.10.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.11.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.12.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.13.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.14.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 3.14.1.** 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.
- 3.14.2.** 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.
- 3.14.3.** 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1. As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1. O Segurado deve comprovar à Seguradora a data, a hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.
- 5.2. As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. **Além dos riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:**
 - a) O parto o aborto e suas consequências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
 - b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - c) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1 Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 9.2 Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente;
- c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;

Em caso de Acidente além documentos acima deverão ser apresentados:

- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

- 10.2. 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 11.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. 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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE
HÓSPEDE DE HOTEL**

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Condição Especial integram 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Hóspede de Hotel

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas 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 percentual do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.6 em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. Os segurados para esta garantia são os hóspedes do hotel devidamente registrados nos livros e registros oficiais do Estipulante durante todo o período de hospedagem.
- 3.3. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente.
- 3.4. A Invalidez Permanente total por acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.5. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela do item 3.6, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição Permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.
- 3.6. Na falta de indicação da percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.7. No caso de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente, desde

que a mesma seja de caráter definitivo, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE HÓSPEDE DE HOTEL		
INVAL. PERM.	DISCRIMINAÇÃO	% sobre o Capital Segurado
T O T A L	Perda total de visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
P A R C I A L	P D I V E R S A S	
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
P A R C I A L	P U L M O N A R I O S	
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
P A R C I A L	I N F E R I O R E S	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do receptivo dedo	
O S		
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

- 3.8.** No caso de perda parcial, ficando reduzida as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, a percentagem de redução prevista na Tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida.
- 3.9.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente por Acidente; havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a percentagem da indenização prevista para sua perda total.
- 3.10.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.
- 3.11.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.12.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.13.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.14.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.15.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 3.15.1.** 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.
- 3.15.2.** 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.

- 3.15.3. 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1. As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1. O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.
- 5.2. As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. **Além dos riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:**
- a) O parto o aborto e suas consequências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
 - b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - c) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
9.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente;
- c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

- 10.2. 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 11.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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 Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 3.3.** A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.4.** Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

- 3.5.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de

Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

- 3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.7. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.8. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.10. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 3.10.1. 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.
- 3.10.2. 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.
- 3.10.3. 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1. As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1. O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.
- 5.2. As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as

medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:

- a) O parto o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
- b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.

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

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*;
- b) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;
- c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o *segurado* o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

10.2. 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE CESTA BÁSICA POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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 Cesta Básica por Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas 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 “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer à perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 3.3. A Invalidez Permanente total por Acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.4. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

- 3.5. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de

Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

- 3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.7. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.8. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.10. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.10.1. 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.
 - 3.10.2. 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.
 - 3.10.3. 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1. As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1.** O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.
- 5.2.** As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1.** Além dos riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:
 - a) O parto o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
 - b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - c) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1.** O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.2.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 9.2.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
 - b) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;

- c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

10.2. 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE
PRESTAMISTA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR
ACIDENTE**

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 Prestamista em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. Os segurados para esta garantia são pessoas físicas devedoras de obrigações ou compromissos financeiros a pessoas jurídicas legalmente constituídas.
- 3.3. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 3.4. A Invalidez Permanente total por Acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.5. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

- 3.6.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.
- 3.7.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.8.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.9.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.10.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.11.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 3.11.1.** 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.
- 3.11.2.** 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.
- 3.11.3.** 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1.** As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2.** Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo,

entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

5.1. O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e conseqüências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.

5.2. As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:

- a) O parto o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
- b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- c) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.

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

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;

- c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

10.2. 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

11.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

12.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE VÍTIMA DE CRIME

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 Invalidez Permanente Total por Acidente Vítima de Crime.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Entende-se como Crime a violação culpável da lei penal.
2.2. Além da definição acima serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura de acordo com a tabela do item 3.4, no caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais **decorrentes de crime**, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente decorrente de crime, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime.
- 3.3. A Invalidez Permanente total por Acidente Vítima de Crime deve ser comprovada através laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.4. Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao beneficiário uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

- 3.5. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado,

dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.

- 3.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.7. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão
- 3.8. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.10. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.10.1. 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.
 - 3.10.2. 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.
 - 3.10.3. 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1. As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1. O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.

- 5.2. As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1. Além dos riscos excluídos no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:
- a) O parto o aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
 - b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - c) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

- 7.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente (data do crime).

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 9.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
 - b) Relatório médico original com descrição da lesão e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;
 - c) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
 - d) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do

segurado;

- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

- 10.2.** 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 11.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** 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.

**CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS
EXTRAORDINÁRIAS DECORRENTES DE MORTE OU INVALIDEZ
PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**

1. OBJETIVO

- 1.2.** 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 Despesas Extraordinárias decorrentes de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Serão utilizadas 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 do Capital Segurado a título de despesas extraordinárias, no caso de morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, ou perda, redução ou impotência funcional definitiva e total do Segurado, atestada por profissional legalmente habilitado, em virtude de lesão física causada por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Esta cobertura, para Morte de Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.
- 3.3.** A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente.
- 3.4.** A Invalidez Permanente total por Acidente deve ser comprovada através de laudo médico original, e todos os exames realizados que ratifiquem o laudo médico, constando o grau de invalidez (membros / sentidos / órgãos).
- 3.5.** Comprovada a Invalidez Permanente Total através de declaração médica, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com a seguinte tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	
Discriminação	% sobre Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos.....	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.....	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.....	100
Perda total do uso de ambas as mãos.....	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.....	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés.....	100
Perda total do uso de ambos os pés.....	100
Alienação mental total e incurável.....	100

- 3.6.** A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, desde que previamente declarado pelo Segurado, dará direito a uma indenização, deduzindo-se no cálculo, do grau de Invalidez definitiva, o grau de Invalidez preexistente.
- 3.7.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.8.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.9.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.10.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.11.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 3.11.1.** 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.
- 3.11.2.** 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.
- 3.11.3.** 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. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

- 4.1.** As indenizações desta garantia não se acumulam com as decorrentes de Morte.
- 4.2.** Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do Segurado, dentro de 01 (um) ano a

contar da data do acidente e em consequência do mesmo, a Seguradora pagará à indenização devida pelo caso de morte deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga anteriormente ultrapassar a estipulada para o caso de morte.

5. OCORRÊNCIA E COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE PESSOAL

- 5.1.** O Segurado deve comprovar a Seguradora a data, à hora, as circunstâncias e consequências do acidente pessoal coberto e submeter-se ao tratamento médico exigido para sua mais completa recuperação.
- 5.2.** As despesas efetuadas com a comprovação da ocorrência e/ou da invalidez permanente dela resultante correm por conta do Segurado, salvo as realizadas pela Seguradora, a quem são facultadas as medidas necessárias à elucidação do evento.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

- 6.1.** Além dos riscos excluídos no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura:
 - a) O parto o aborto e suas consequências, mesmo quando provocadas por acidente coberto;
 - b) As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
 - c) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos e/ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. Em caso de Morte

- 7.1.1.** O Beneficiário é a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.1.2.** Quando houver mais de um Beneficiário, deverá ser estipulado, no momento da nomeação dos mesmos pelo Segurado, o percentual do Capital Segurado que será destinado a cada um.
- 7.1.3.** Na falta de Beneficiário nomeado, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e metade aos herdeiros do Segurado, conforme Código Civil.
- 7.1.4.** Na falta das pessoas acima indicadas serão Beneficiários os que dentro de 6 (seis) meses reclamarem o pagamento do Seguro e provarem que a morte do Segurado os privou de meios para proverem sua subsistência.
- 7.1.5.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7.2. Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente

- 7.2.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 7.2.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

8. CAPITAL SEGURADO

- 8.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:
 - 8.1.1. A data do acidente no caso de Invalidez Permanente Total por Acidente do segurado;
 - 8.1.2. A data da morte no caso de morte do segurado.

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 9.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.
- 9.2. No caso de sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência, exceto no caso de suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada ou morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, quando o referido período corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- 9.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

10. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 10.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

No caso de Morte

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

Em caso de Morte Acidental além dos documentos acima deverão ser enviados:

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) Laudo necroscópico - IML;
- h) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;

- i) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- j) CAT – quando o caso exigir.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente

- k) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- l) Relatório médico original com a descrição da lesão, e o grau de invalidez total e permanente, e todos os exames realizados que comprovem o fato;
- m) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- n) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do *segurado*;
- o) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- p) Cópia autenticada do Inquérito Policial.

- 10.2.** 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.

11. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 11.1.** Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL 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 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Alienação Mental** - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.2. **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.3. **Atividade Laborativa** – Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- 2.4. **Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.5. **Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.6. **Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.7. **Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.8. **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.9. **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.10. **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.11. **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.12. **Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.13. **Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.14. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.15. **Doença do Trabalho** - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

- 2.16. **Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.17. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.18. **Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.19. **Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.20. **Etiologia** - Causa de cada doença.
- 2.21. **Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.22. **Hígido** – Saudável.
- 2.23. **Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.24. **Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.25. **Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.26. **Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.27. **Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.28. **Sentido de Orientação** – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.29. **Seqüela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.30. **Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. GARANTIA

- 3.1. A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item 3.3 exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.

- 3.2. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.
- 3.3. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
- a) ***Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;***
 - b) ***Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;***
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
 - d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
 - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - g) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
 - h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
 - i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

- a. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- b. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- c. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- d. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- e. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - i. 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.
 - ii. 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.
 - iii. 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. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4- Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- c) De moléstias ou doenças de natureza, causa ou origem crônica decorrentes da inalação de gases e vapores;
- d) Mutilação voluntária ou premeditada;
- e) Epidemias oficialmente declaradas;

f) Danos morais, estéticos e/ou psicológicos.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença indicada na declaração médica.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias nesta cobertura.

7.2. No caso de mutilação voluntária ou premeditada, o período de carência corresponderá a (2) dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

7.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

8.2. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

8.3. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3. Garantias.

8.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a

inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

- 8.5. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL 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 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Alienação Mental** - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 2.2. Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.3. Atividade Laborativa Principal** – É a ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
- 2.4. Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.5. Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.6. Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.7. Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.8. Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.9. Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.10. Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.11. Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.12. Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.13. Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

- 2.14. Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.15. Doença do Trabalho** - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.16. Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.17. Doença Neoplásica Maligna Ativa** - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.18. Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 2.19. Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.20. Etiologia** - Causa de cada doença.
- 2.21. Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.22. Hígido** – Saudável.
- 2.23. Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.24. Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.25. Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.26. Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.27. Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.28. Sentido de Orientação** – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.29. Seqüela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.30. Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. GARANTIA

- 3.1.** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura quando ocorrer a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença do segurado exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** Para todos os efeitos desta cobertura é considerada Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com recursos terapêuticos disponíveis no momento da constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- 3.3.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional habilitado.
- 3.4.** Não podem configurar como segurados, para esta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para seu custeio.
- 3.5.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- 3.6.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.7.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 3.8.** A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 3.9.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 3.9.1.** 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.
 - 3.9.2.** 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.

3.9.3. 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. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além dos riscos mencionados no item 4- Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, considera-se também como Risco Excluído, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício da atividade laborativa principal do segurado:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) De moléstias ou doenças de natureza, causa ou origem crônica decorrentes da inalação de gases e vapores;
- c) Mutilação voluntária ou premeditada;
- d) Epidemias oficialmente declaradas;
- e) Danos morais, estéticos e/ou psicológicos.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

5.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença indicada na declaração médica.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. Não serão aplicadas quaisquer tipo de franquias ou carências nesta cobertura.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

8.2. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

8.3. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de

um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3. Garantia.

8.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

8.4.1. Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;

8.4.2. Relatório do médico-assistente do Segurado:

- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício da atividade laborativa principal do Segurado.

8.4.3. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

8.5. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

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 Desemprego Involuntário.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Assalariados:** Aqueles que mantém vínculo empregatício com pessoa jurídica, através de contrato de trabalho formalizado pela Carteira Profissional (CPTS) e recebem pagamentos periódicos consecutivos, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

3. GARANTIA

- 3.1.** A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de “n” parcelas mensais quando ocorrer o desemprego involuntário do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2.** A indenização acima será paga em caso de rescisão injustificada do contrato de trabalho do Segurado de forma unilateral por parte do empregador e não motivada por justa causa, caso o Segurado fique desempregado por um período superior ao descrito no certificado de seguro.
- 3.3.** Somente serão considerados elegíveis ao recebimento da indenização os Segurados que na data da rescisão do contrato tiverem vínculo empregatício, com a respectiva carteira profissional de trabalho assinada, e comprovarem ter estado trabalhando para a mesma empresa pelo período descrito no certificado de seguro.
- 3.4.** O número e o valor das parcelas a serem pagas estará definida no contrato de seguro.

4. CONDIÇÕES PARA RECEBIMENTO DAS PARCELAS DE RENDA

- 4.1.** A rescisão do contrato de trabalho deve ser unilateral, sendo solicitado pelo empregador do seguro, e não motivada por um dos seguintes motivos:
- a) Justa causa, conforme critérios específicos da legislação trabalhista em vigor.
 - b) Por adesão aos planos de demissão voluntária e/ou incentivada;
 - c) Acordo entre o empregado ou o empregador.
- 4.2.** Estar decorrido o prazo de franquia contratado, constante na apólice, e desde que após esse prazo o Segurado continue desempregado.
- 4.3.** O contrato de trabalho deve ter vigorado por no mínimo 12 (doze) meses ininterruptos, comprovado por anotação em Carteira Profissional

ou qualquer outro documento equivalente, considerado como de validade legal pelos Órgãos Governamentais.

- 4.4.** Caso a vigência do contrato de trabalho rescindido seja inferior ao período constante no subitem acima, o segurado terá direito ao recebimento das parcelas de renda se comprovar a existência de outro contrato imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que o intervalo de tempo entre os contratos de trabalho não seja superior a 90 (noventa) dias.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1.** Além dos riscos excluídos no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais, esta cobertura não garante:

- a) Demissão por justa causa;
- b) Aposentadoria;
- c) Adesão a Programas de Demissão Voluntária incentivados pelo empregador do Segurado;
- d) Estagiários e Contratos de Trabalho Temporário em geral;
- e) Perda de emprego por jubilação, pensão;
- f) Perda de emprego por renúncia ou perda voluntária do trabalho ou pedido de dispensa/demissão;
- g) Exoneração de cargo público.
- h) Acordo entre o empregado ou empregador;
- i) Os eventos decorrentes de situações que não atendam as condições mencionadas no item 4 desta cobertura adicional para recebimento das parcelas mensais;
- j) Para os seguros cujo custeio seja não contributivo, as rescisões contratuais decorrentes de ajustes no quadro de empregados, que no prazo de 90 (noventa) dias atinjam 15% (quinze por cento) ou mais desse quadro;
- k) Readmissão na empresa que tenha rescindido o contrato de trabalho;
- l) Início de recebimento do benefício de aposentadoria pelo sistema de Previdência Oficial;
- m) Recusa por parte do Segurado desempregado, de outro emprego condizente com a sua qualificação profissional e remuneração anterior;
- n) Omissão, por parte do Segurado, de início em novo emprego ou função, visando recebimento indevido das parcelas de renda;
- o) Morte do Segurado.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1.** O beneficiário desta cobertura pode ser o próprio segurado ou a pessoa jurídica descrita no certificado de seguro.
- 6.2.** Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária nesta cobertura se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGUADO

- 7.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da rescisão injustificada do contrato de trabalho.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1.** As carências e franquias estarão descritas no certificado de seguro.
- 8.2.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 9.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia da Cédula de Identidade e do CPF do Segurado;
- b) Comunicação de Dispensa;
- c) Cópia autenticada da CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social), das seguintes páginas:
 - Página da Foto;
 - Página Qualificação Civil (verso da pagina da foto);
 - Página do Contrato de Trabalho, onde consta o registro de trabalho encerrado;
- d) Cópia autenticada do termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, homologado no sindicato profissional;
- e) Comprovante de recebimento do FGTS;
- f) Comprovante do pagamento do seguro.

- 9.2.** 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 10.1.** Esta cobertura está garantida no território nacional.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU 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 Incapacidade Física e Temporária por 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 física 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.** Além das definições acima serão utilizadas 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 uma indenização mensal correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro caso ocorra à incapacidade física e temporária do Segurado consequente de doença ou Acidente pessoal cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que deverá estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.
- 4.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos

documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.

- 4.3.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4.** A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 4.5.1.** 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.
 - 4.5.2.** 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.
 - 4.5.3.** 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.
- 4.6.** A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
 - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto, ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;

- d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- m) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada indenização mensal relativa à incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.2. Caso haja período de carência, este será estabelecido nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.

- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da Guia de recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
- c) 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 necessário para a recuperação.
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;

- 9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

- 9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

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 Incapacidade Física e Temporária por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Entende-se por incapacidade física temporária por acidente a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por acidente pessoal coberto, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.2.** Além das definições acima serão utilizadas 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 uma indenização mensal correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro caso ocorra a incapacidade física e temporária do Segurado conseqüente de Acidente pessoal coberto, ocorrido dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que devera estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.
- 4.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.
- 4.3.** A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia

médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.

- 4.4.** A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5.** 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.5.1.** 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.
- 4.5.2.** 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.
- 4.5.3.** 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.
- 4.6.** A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a)** As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
 - b)** Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
 - c)** Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto, ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;
 - d)** Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico;
- j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Acidentes, bem como suas consequências.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada indenização mensal relativa a incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.2. Caso haja período de carência, este será estabelecido nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da Guia de recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
- c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária por acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, tipo de acidente, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA 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 Incapacidade Física e Temporária por 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 física temporária por doença a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença coberta, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.3.** Além das definições acima serão utilizadas 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 uma indenização mensal correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro caso ocorra a incapacidade física e temporária do Segurado consequente de doença coberta, ocorrida dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que devera estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.
- 4.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos

documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.

- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4. A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
 - 4.5.1. 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.
 - 4.5.2. 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.
 - 4.5.3. 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.
- 4.6. A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
 - c) Cirurgias plásticas;
 - d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele

relacionados;

- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- m) Acidentes, bem como suas consequências.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada indenização mensal relativa a incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.2. Caso haja período de carência, este será estabelecido nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da Guia de recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
- c) 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 necessário para a recuperação.
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;

9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU 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 Renda Diária por Incapacidade Física e Temporária por 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 física e 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 contratado, por cada evento.
- 2.4.** Além das definições acima serão utilizadas 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 afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Física e Temporária, causada por acidente pessoal ou doença cobertos, ocorridos dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade física e temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que devera estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9..

- 4.2. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.
- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4. A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.5.1. 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.
- 4.5.2. 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.
- 4.5.3. 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.
- 4.6. A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;

- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
- c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto, ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;
- d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- m) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Será aplicada uma franquia em dias por cada evento, e o número de dias de franquia será estabelecido nas Condições Particulares e/ou

Certificado Individual, sendo de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

- 8.2. Será aplicada uma carência de 60 (sessenta) dias para os eventos decorrentes de Doença.
- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

- 9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

- 9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

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 Renda Diária por Incapacidade Física e Temporária por Acidente.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Entende-se por incapacidade física e temporária por acidente a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por acidente pessoal coberto, e atestada por profissional legalmente habilitado, para o pleno exercício de todas as atividades remuneradas exercidas pelo Segurado.
- 2.2.** 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 contratado, por cada evento.
- 2.3.** Além das definições acima serão utilizadas 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 afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Física e Temporária, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que devesse estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.
- 4.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão

totalmente a cargo da Seguradora.

- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4. A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.5.1. 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.
- 4.5.2. 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.
- 4.5.3. 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.
- 4.6. A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
 - b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;
 - c) Cirurgias plásticas, exceto aquelas restauradoras decorrentes de lesões provocadas por acidente pessoal coberto, ocorrido após a inclusão do Segurado na apólice;
 - d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;

- e) Doenças de quaisquer tipos;
- f) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- g) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- h) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- i) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- j) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- k) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- l) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- m) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- n) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do Segurado no seguro.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Será aplicada uma franquia em dias por cada evento, e o número de dias de franquia será estabelecido nas Condições Particulares e/ou Certificado Individual, sendo de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 8.2. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão

ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*
- b) Cópia autenticada da Guia de recolhimento do INSS, do RPA, do mês do evento, ou cópia da última declaração do Imposto de Renda que comprove a atividade autônoma ou liberal;
- c) Laudo do médico assistente, comprovando a incapacidade temporária por acidente, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento, tipo de acidente, o tipo de tratamento e o número de dias de afastamento necessário para a recuperação.
- d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.

9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RENDA DIÁRIA POR INCAPACIDADE FÍSICA E TEMPORÁRIA 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 Renda Diária por Incapacidade Física e Temporária por 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 física e temporária por doença a impossibilidade total, contínua, ininterrupta e temporária, causada por doença coberta, 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 contratado, por cada evento.
- 2.4.** Além das definições acima serão utilizadas 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 afastamento do Segurado em virtude de sua Incapacidade Física e Temporária, causada por doença coberta, ocorrida dentro do período de cobertura e após o período de carência, ficando o Segurado incapacitado de exercer suas atividades profissionais, por um período superior à franquia contratada, por determinação médica e comprovável por atestados médicos e exames complementares, observado o limite de diárias estabelecido.

4. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- 4.1.** O evento gerador da incapacidade temporária deverá ser comunicado à Seguradora, pelo Segurado ou por seu representante, no prazo máximo de 5 (cinco) dias úteis, contados da caracterização da incapacidade, através do preenchimento de formulário específico para este fim, que devera estar acompanhado de cópia autenticada dos documentos constantes no item 9.
- 4.2.** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos

de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora, incluindo – se nestas as decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários à liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, que sempre correrão totalmente a cargo da Seguradora.

- 4.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.
- 4.4. A incapacidade deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.
- 4.5. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.
- 4.5.1. 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.
- 4.5.2. 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.
- 4.5.3. 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.
- 4.6. A não comunicação do evento no prazo de 5 dias úteis, que acarrete a impossibilidade de auditoria médica por parte da Seguradora em função do desaparecimento dos sintomas, determinará a não caracterização do evento, ficando o Segurado sem direito a qualquer indenização.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) As 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 as lesões classificadas como: lesões por esforços repetitivos – LER, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, lesão por trauma continuado ou contínuo – LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicas, em qualquer tempo;
- b) Tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo e procedimentos que visem o controle da natalidade;

- c) Cirurgias plásticas;
- d) Tratamento estético e para a obesidade em quaisquer modalidades, bem como cirurgia(s) e período(s) de convalescença a ele relacionados;
- e) Anomalias congênitas e doenças mentais, com manifestação em qualquer época, quaisquer que sejam as causas;
- f) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Epidemias e envenenamentos oficialmente declaradas (caráter coletivo);
- h) Tratamentos dentários, intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo aquelas decorrentes em consequência de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
- i) O período em que o Segurado se encontrar em tratamento fisioterápico, exceto decorrentes de doenças neurológicas;
- j) Hospitalização para “Check-up”, gravidez, parto, aborto e suas consequências;
- k) Consequências de tratamento e cirurgias experimentais, exames e medicamentos não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- l) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (SIDA/AIDS);
- m) Acidentes, bem como suas consequências.

6. BENEFICIÁRIO

- 6.1. O Beneficiário é o próprio Segurado ou pessoa jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem dever ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.
- 6.2. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária neste seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

7. CAPITAL SEGURADO

- 7.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da incapacidade.
- 7.2. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor a ser pago por cada diária de incapacidade temporária.

8. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 8.1. Será aplicada uma franquia em dias por cada evento, e o número de dias de franquia será estabelecido nas Condições Particulares e/ou Certificado Individual, sendo de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.
- 8.2. Será aplicada uma carência de 60 (sessenta) dias.
- 8.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos.

Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

9. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

9.1. Em caso de sinistro coberto pela presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

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

9.2. Consideram-se como documentos legais, para fins de comprovação de rendimentos:

- a) Declaração de Imposto de Renda do Segurado devidamente protocolada pela Receita Federal.
- b) Comprovante de pagamento de empresa legalmente registrada e registro em carteira profissional do Segurado.
- c) Carnê de Pagamentos da Previdência Social, em nome do Segurado e em dia com suas contribuições.

Com o objetivo de melhor caracterizar a cobertura e agilizar a regulação dos processos, a Seguradora poderá solicitar outros documentos ou esclarecimentos que julgar necessário.

9.3. 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.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO

10.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

11.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

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 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Serão utilizadas 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 do Capital Segurado contratado para esta cobertura visando indenizar as despesas médicas e odontológicas, através de reembolso, bem como as diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do segurado, incorridas a critério médico e sob sua orientação, em decorrência de um Acidente Pessoal coberto pelo Seguro de Pessoas, exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

3.2. O tratamento médico deverá obrigatoriamente ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do Acidente Pessoal.

3.3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares, desde que legalmente habilitados.

3.4. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviço médico-hospitalares para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3.5. A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, podendo ser aceitos pela Seguradora outros documentos a seu critério.

4. COMPROVAÇÃO DE DESPESAS

4.1. A comprovação de despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

5. DESPESAS NO EXTERIOR

5.1. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

6. ACORDOS E CONVÊNIOS

6.1. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações por despesas médicas, hospitalares e odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro.

8. CONTRIBUIÇÃO PROPORCIONAL

8.1. Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual, em cada garantia, à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites Segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

9. RISCOS EXCLUÍDOS

9.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídas as despesas decorrentes de, além dos eventos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) Aparelhos que se referem a próteses de qualquer natureza e as próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

9.2. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitado.

10. BENEFICIÁRIO

10.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

12. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

12.1. A garantia de despesas médicas, hospitalares e odontológicas está sujeita à aplicação de franquia, que quando houver será especificada em aditivo à apólice específica a este assunto.

12.2. Não será aplicada qualquer tipo de carência nesta cobertura.

13. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

13.1. Em caso de sinistro coberto pelo presente condição especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do *segurado*;
 - b) Relatório do médico assistente, comprovando o tratamento, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento;
 - c) Cópias autenticadas dos comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
 - d) Formulário de Aviso de *Sinistro* devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o *Segurado*, com firma reconhecida;
 - e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
 - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
 - g) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
 - h) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
 - i) CAT – quando o caso exigir.
- 13.2.** 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.

14. ÂMBITO GEOGRÁFICO

14.1. Esta cobertura está garantida em todo território mundial.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU 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 acidente ou 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 Acidente Pessoal ou 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 pago 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 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 cobertura 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, específica 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) 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 acidente pessoal ocorrido na vigência do Seguro;
- f) Hospitalizações decorrentes de doenças congênitas;
- g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou anti-ético;
- 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) Ferimentos auto-infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente;
- l) Gravidez tópica 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) Danos físicos ou 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 método 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. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 10.1. 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.
- 10.2. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 10.3. Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

11. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1. 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%

12. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

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

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;
 - 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).
 - f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
 - g) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;

- h) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- i) CAT – quando o caso exigir.
- 13.2. Cônjuge e Filhos - além 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE

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 Acidente.

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 Acidente Pessoal, 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 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 cobertura 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) 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 a 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;
 - g) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
 - h) Tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde.
 - i) Ferimentos auto-infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente;
 - j) Gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade e inseminação artificial;

- k) Cirurgia para correção de fimose;
- l) Cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento;
- m) Tratamento odontológico;
- n) Home Care (internação residencial);
- o) Convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- p) Danos físicos ou doenças resultantes de testes, experiências, transporte ou explosão nuclear de qualquer natureza;
- q) Epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- r) 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 método 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. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 10.1.** 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.

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

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

11. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

11.1. 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%

12. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

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

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;
- 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) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- g) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- h) CAT – quando o caso exigir.
- i) 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 - além 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 perdure 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

- 14.1. Esta cobertura está restrita ao território mundial.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 15.1. 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.

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 pago 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 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, específica 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) 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 tónica ou ectónica, 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 carácter 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 método 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;
 - 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 - além 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 perdure 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM UTI OU CTI

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 em UTI ou CTI.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou Centro de Terapia Intensiva (CTI):** é a dependência hospitalar específica, adequada do ponto de vista operacional, técnico e profissional, responsável pela manutenção das condições vitais de pacientes que apresentam estados fisiológicos críticos, que requeiram controles clínicos e tratamentos médico e para-médico permanentes e intensivos.
- 2.2. 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.
- 2.3.** 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 UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou CTI (Centro de Terapia Intensiva) em uma Instituição Hospitalar**, desde que a hospitalização seja decorrente de Acidente Pessoal ou 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 em UTI ou CTI.
- 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 pago 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 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. 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.
- 5.3. 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.
- 5.4. **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 1/365 (trezentos e sessenta e cinco avos) do Limite Técnico da Seguradora.
- 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) Ferimentos auto-infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente;
- l) Gravidez tópica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia, tratamento para esterilidade e inseminação artificial;
- m) Cirurgia não prevista no Código Brasileiro de Ética Médica vigente na ocasião do evento;
- n) Tratamento clínico ou cirúrgico experimental;
- o) Cirurgias plásticas de caráter estético de qualquer natureza, exceto as realizadas após acidente coberto pela apólice;
- p) AIDS e suas complicações, convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento, nas suas várias modalidades; casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- q) Danos físicos ou doenças resultantes de testes, experiências, transporte ou explosão nuclear de qualquer natureza;
- r) Epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- s) Eventos decorrentes de tentativa de suicídio, quando ocorrerem nos primeiros dois anos de vigência individual do seguro.

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 método 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.

10. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 10.1.** 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.
- 10.2.** Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 10.3.** Não serão aplicadas quaisquer tipo de carências nesta cobertura.

11. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1.** 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%

12. RESSARCIMENTO CONTRA TERCEIROS

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

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;
 - 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).

- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- g) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- h) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- i) CAT – quando o caso exigir.

13.2. Cônjuge e Filhos - além 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

14.1. Esta cobertura está restrita ao território mundial.

15. DISPOSIÇÕES GERAIS

15.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR NO EXTERIOR

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 no Exterior.

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 Acidente Pessoal ou doença, exclusivamente ocorridas no Exterior, 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 pago benefício concedido por este Seguro.
- 3.5.** Os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.
- 3.6.** Para fins desta cobertura 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.

3.7. Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal, as lesões acidentais decorrentes de:

- e) Ação de temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- f) Escapamento acidental de gases e vapores;
- g) Seqüestros e tentativas de seqüestros; e,
- h) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

3.8. 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

3.9. 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 data da contestação, a constituição de junta médica.

3.9.1. 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.

3.9.2. 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.

3.9.3. 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. VALOR DA DIÁRIA PECUNIÁRIA

4.1. O valor em moeda corrente nacional de cada Diária Pecuniária será definida em aditivo a apólice, especifica a este fim.

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

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. Para os segurados com idade superior a 65 anos, não será permitido o aumento espontâneo do valor ou da quantidade de diárias, prevalecendo apenas a atualização monetária automática, se esta estiver prevista nas condições da apólice.

5. LIMITE DE DIÁRIAS INDENIZÁVEIS

5.1. 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).

5.2. 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.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. 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) Ferimentos auto-infligidos, enquanto mentalmente sadio ou doente;
 - l) Gravidez tónica ou ectópica, parto normal ou operatório e suas complicações, aborto, ligadura de trompas ou vasectomia;
 - 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) Danos físicos ou doenças resultantes de testes, experiências, transporte ou explosão nuclear de qualquer natureza;
 - s) Epidemias, envenenamento de carácter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
 - t) Miopia.

6.2. Exclusões por Instituições não Cobertas

6.2.1. 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 método 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.

7. BENEFICIÁRIO

7.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

8. CAPITAL SEGURADO

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

8.2. 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.

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

9. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

9.1. 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.

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

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

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. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. 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;
- 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).
- f) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- g) CNH, caso o seja o segurado o condutor do veículo;
- h) Laudo de Dosagem Alcoólica – quando indicado no laudo do IML;
- i) CAT – quando o caso exigir.

12.2. Cônjuge e Filhos - além dos documentos citados acima:

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

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

12.4. 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.

12.5. 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.

12.6. Do montante de diárias de Internação Hospitalar comprovado pelo segurado, serão deduzidas as diárias correspondentes a franquias expressas em aditivo a apólice.

12.7. 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.

12.8. 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.

12.9. 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 perdure a internação do Segurado.

12.10. 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.

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

13. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Esta cobertura está restrita ao território mundial.

14. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DOENÇAS GRAVES

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 Doenças Graves.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1.** Acidente Cérebro Vascular: Isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica com duração superior à 24 (vinte e quatro) horas.

2.1.1. O Acidente Cérebro Vascular deve ser diagnosticado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia e demonstrado através de exames complementares apropriados.

2.1.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a) Ataques isquêmicos transitórios;
- b) Qualquer outra alteração neurológica resultante de acidente vascular;
- c) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma.

- 2.2.** Câncer: Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.

2.2.1. O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a) Carcinomas não invasivos "in situ" (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;
- b) Carcinoma baso-celular;
- c) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- d) Qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- e) Leucemia linfática crônica.

- 2.3.** Doença Coberta: Estarão cobertas por esta garantia o diagnóstico positivo de Câncer, Infarto, Acidente Cérebro Vascular, Insuficiência Renal e Transplante de Órgãos, respeitadas as definições, caracterizações e exclusões de cada doença, conforme os subitens 2.1., 2.2., 2.4., 2.5. e 2.6. desta Condição Especial.

- 2.4.** Infarto: Necrose de parte do músculo cardíaco em consequência de um fluxo sanguíneo inadequado.

2.4.1. O Infarto deve ser diagnosticado por médico habilitado em cardiologia e demonstrado através de pelo menos 02 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais:

- a) Histórico da dor precordial típica;
- b) Alterações eletrocardiográficas;
- c) Alterações das enzimas cardíacas;
- d) Outros exames complementares aplicáveis ao caso.

2.4.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os Infartos do miocárdio antigos demonstrados através do ECG.

2.5. Insuficiência Renal: Estágio final da patologia renal com falência funcional e conseqüente indicação de hemodiálise ou transplante renal.

2.5.1. A Insuficiência Renal deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.

2.6. Transplante de Órgãos: Necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, rins ou medula óssea.

2.6.1. O Transplante de Órgãos deve ter o diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

2.6.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a) Transplantes dos demais órgãos não listados no subitem 2.6 acima;
- b) Transplante de tecido;
- c) Auto-transplante.

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 uma indenização caso o Segurado receba um diagnóstico de uma das Doenças definidas no item 2 destas condições especiais e desde que o primeiro diagnóstico da doença ocorra durante a vigência desta cobertura e após o período de carência estabelecido nas Condições Particulares.

3.2. Esta garantia terminará com o diagnóstico de uma das doenças cobertas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- c) Doenças profissionais.
- d) Qualquer tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência da artéria coronariana;

- e) Qualquer tipo de cateterismo que não tenha por finalidade a execução de procedimento de angioplastia;
- f) Câncer não invasivo ou classificado como *in situ*, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- g) Câncer de pele (exceto melanoma maligno) e carcinoma baso-celular;
- h) Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados à AIDS;
- i) Ataque isquêmico transitório;
- j) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- k) Lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- l) Insuficiência renal aguda de qualquer causa;
- m) Transplante de tecido;

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGUADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico da doença coberta.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. As franquias e as carências quando existentes serão estabelecidas nas Condições Particulares e/ou Certificado Individual.

7.2. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto 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 Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, com firma reconhecida em cartório, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.

8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10.DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

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 Diagnóstico de Câncer.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Câncer: Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.

- 2.1.1. O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

- 2.1.2. Para fins da caracterização desta garantia, estão excluídos os seguintes eventos:

- a) Carcinomas não invasivos "in situ" (incluindo displasia cervical) e outras lesões pré-neoplásicas;
- b) Carcinoma baso-celular;
- c) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
- d) Qualquer tipo de Câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo de menos de 1,2mm de espessura determinado por exame e menos de Clark level 3;
- e) Leucemia linfática crônica.

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 do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o diagnóstico de câncer maligno, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;
- c) Qualquer tipo de câncer de pele, exceto o melanoma maligno.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

7.1. As franquias e as carências, quando existentes, serão estabelecidas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual.

7.2. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro coberto 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 Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, com firma reconhecida em cartório, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.

8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL TRANSPLANTE DE ORGAOS

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 Transplante de Órgãos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Transplante de Órgãos: Necessidade médica de recepção de transplante, em função da perda irreversível da função dos seguintes órgãos: medula óssea, fígado, coração, pâncreas, pulmão, córnea ou rim.
 - 2.1.1. O Transplante de Órgãos deve ter o diagnóstico e a recomendação feitos pelo menos por dois médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.
- 2.2. Entende-se como lista de espera de transplante de órgãos a relação controlada pela secretaria da saúde onde são armazenados, em ordem cronológica, os dados das pessoas que precisam receber transplante(s) de órgão(s).

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 uma indenização caso o Segurado necessite de transplante de algum dos órgãos definidos no item 2 desta condição especial.
- 3.2. Somente haverá cobertura para o primeiro transplante realizado, desde que comunicado à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
 - a) Transplantes não especificados no item 2.1. ; Transplantes cuja data da declaração médica atestando a necessidade do transplante seja anterior ao cumprimento do Prazo de Carência;
 - b) Transplantes decorrentes de Doenças ou Lesões Preexistentes (doenças de conhecimento do segurado antes da contratação do seguro e não declaradas na proposta);

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Declaração Médica confirmando a necessidade da realização de transplante.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1. Caso haja a franquia, esta será estabelecida nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 7.2. Caso haja período de carência, este será estabelecido nas Condições Particulares e constará na Proposta de Adesão e/ou no Certificado Individual.
- 7.3. O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1. Em caso de sinistro coberto 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;
 - c) Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando a necessidade da realização do transplante;
 - d) Cópia autenticada do documento de inscrição na lista de espera de transplante de órgãos da secretaria da saúde.
- 8.2. 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1. Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DOENÇA CONGENITA DE FILHOS

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 Doença Congênita de Filhos.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Entendem-se por doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por má formações anatômicas, diagnosticadas e medicamente comprovadas como congênitas até o sexto mês do nascimento.

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 do capital segurado contratado para esta garantia em caso de nascimento de filho do Segurado portador de invalidez permanente total por doença congênita que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida do recém nascido, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais do Plano de Seguro de Pessoas.
- 3.2. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, do diagnóstico que especifica e caracteriza a doença congênita, indicada na declaração médica.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** As franquias e as carências, quando existentes, serão estabelecidas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual.
- 7.2.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:
 - a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado
 - b) Cópia autenticada da certidão de nascimento do filho do segurado;
 - c) Formulário de Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER FEMININO

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 Diagnóstico de Câncer Feminino.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Câncer: Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.
- 2.1.1. O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

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 do capital segurado contratado para esta cobertura, caso a segurada receba o diagnóstico de câncer maligno de ovário, trompas, vagina, vulva, mama ou útero, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4 - Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** As franquias e as carências, quando existentes, serão estabelecidas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual.
- 7.2.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto 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 Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, com firma reconhecida em cartório, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA ADICIONAL DIAGNÓSTICO DE CÂNCER MASCULINO

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 Diagnóstico de Câncer Masculino.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Câncer:** Tumor maligno que se caracteriza pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal.
- 2.1.1.** O Câncer deve ser diagnosticado por médico habilitado em oncologia e demonstrado através de laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

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 do capital segurado contratado para esta cobertura, caso o segurado receba o diagnóstico de câncer maligno de pênis, próstata ou testículo, dentro do prazo de vigência desta cobertura, desde que devidamente coberto pelo seguro, observados os demais itens desta Condição Especial e das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1.** Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item 4- Riscos Excluídos das Condições Gerais:
- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes, ou pessoa com laços de dependência econômica ou que resida, com o mesmo, mesmo que estes sejam médicos profissionais habilitados;
 - b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado;

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1.** O beneficiário desta cobertura é o próprio segurado.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico do câncer.

7. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

- 7.1.** As franquias e as carências, quando existentes, serão estabelecidas nas Condições Particulares e/ou no Certificado Individual.
- 7.2.** O limite máximo para o prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, não excederá a metade do prazo de vigência previsto certificado de seguro.

8. DOCUMENTOS BÁSICOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1.** Em caso de sinistro coberto 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 Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, com firma reconhecida em cartório, contendo o carimbo com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença.
- 8.2.** 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.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

- 9.1.** Esta cobertura está restrita ao território mundial.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** 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.



31 4042.9828

contato@bissolucoes.com.br

www.bissolucoes.com.br