



SEGURO PARA TERCEIRIZAÇÃO DE RISCOS EFPC - FAIXA ETÁRIA

CONDIÇÕES GERAIS

PROCESSO SUSEP Nº: 15414.003237/2011-19

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O Seguro tem por objetivo garantir ao Estipulante da apólice o pagamento do Capital Segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias definidas no Contrato de Seguro, **observadas as disposições contidas nestas Condições Gerais, inclusive quanto aos Riscos Excluídos de cobertura.**
- 1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3 O segurado 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.

2 DEFINIÇÕES

- 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 independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.
 - 2.1.1 Incluem-se, ainda, nesse conceito:
 - a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
 - e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
 - f) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências;
 - g) O parto ou aborto e suas consequências;
 - h) O choque anafilático e suas consequências.
 - 2.1.2 **Não se incluem no conceito de acidente pessoal:**
 - a) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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 consequentes 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 Esforço Repetitivo - 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
 - 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, conforme definido neste item.**
- 2.2 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** É a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
 - 2.3 **Apólice:** É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo segurado, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
 - 2.4 **Atuarialmente Equivalente:** É o resultado da transformação de um ou mais pagamentos futuros em um único valor atual, com base nas hipóteses financeiras e atuariais do Plano de Benefícios mantido pela EFPC, na data em que o cálculo for realizado.
 - 2.5 **Beneficiário:** É a pessoa física ou jurídica, que tenha comprovado legítimo interesse para figurar nessa condição, designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro. Para fins deste Seguro será o próprio Estipulante.
 - 2.6 **Capital Segurado:** É a importância a ser paga ao Beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
 - 2.7 **Carência (prazo de carência):** É o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, **durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Beneficiário não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is)**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.
 - 2.8 **Carregamento:** É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
 - 2.9 **Coberturas de Risco:** São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições gerais de Garantias.
 - 2.10 **Condições Contratuais:** É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Adesão, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato de Seguro e do Certificado Individual.
 - 2.11 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
 - 2.12 **Contrato de Seguro:** é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
 - 2.13 **Corretor:** É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado 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.**

- 2.14 **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 2.15 **Doença Preexistente:** É toda doença, inclusive as congênitas, de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Adesão.
- 2.16 **EFPC:** é a Entidade Fechada de Previdência Complementar, pessoa jurídica sem fins lucrativos, de natureza privada, constituída por patrocinador ou instituidor e que tem por finalidade administrar um ou mais planos de benefícios, de caráter previdenciário, para determinados grupos de pessoas.
- 2.17 **Estipulante:** para fins deste Seguro será a EFPC identificada na Proposta de Contratação, que representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nestas Condições Gerais.
- 2.18 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.19 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.20 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Estipulante e os segurados quando da ocorrência de evento coberto contratado.
- 2.21 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.22 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante na condição de participantes do Plano de Benefícios mantido pelo mesmo.
- 2.23 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Beneficiário, correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.
- 2.24 **Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 2.25 **IPC-A:** Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.
- 2.26 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Beneficiário após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.27 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.28 **Nota Técnica Atuarial:** é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.
- 2.29 **Período de Cobertura:** Aquela durante o qual o beneficiário fará jus aos capitais segurados contratados.
- 2.30 **Plano de Benefícios:** é o conjunto de benefícios, obrigações e direitos, estabelecido num Regulamento e oferecido por uma EFPC.

- 2.31 **Prazo de Tolerância:** Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não-pagamento) do Segurado.
- 2.32 **Prêmio:** Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro. O valor do prêmio é o resultado da aplicação da taxa do seguro ao capital segurado.
- 2.33 **Previdência Oficial:** é o órgão de Previdência Social, de caráter público, no âmbito federal, estadual ou municipal.
- 2.34 **Proponente:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva. Pode se referir tanto ao Estipulante, proponente da proposta de contratação, como ao segurado, proponente da proposta de adesão.
- 2.35 **Proposta de Adesão:** é o instrumento através do qual o Segurado propõe sua inclusão no seguro, fornecendo seus dados cadastrais e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Gerais e Contratuais.
- 2.36 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais e Contratuais e fornecendo as informações relativas ao grupo segurável.
- 2.37 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas na Apólice neste mesmo período
- 2.38 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.39 **Segurado:** é o componente do Grupo Segurável efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.40 **Seguradora:** é a Icatu Seguros S.A., devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.
- 2.41 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente, durante o período de vigência do Seguro.
- 2.42 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a apólice de Seguro estará em vigor.
- 2.43 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado estará coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1 As garantias básicas do Seguro são as seguintes, não sendo permitida a contratação isolada das mesmas:
- 3.1.1 **Morte, natural ou acidental:** é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Estipulante, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- 3.1.2 **Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):** é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Estipulante caso o Segurado, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto ocorrida

durante a vigência da cobertura individual, tenha sofrido perda, redução ou impotência funcional definitiva e total, nos termos das condições especiais.

- I- A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente será paga após conclusão de tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva

3.1.3 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Estipulante em caso de invalidez funcional permanente total do Segurado, em consequência de doença, nos termos das condições especiais.

- I- Considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.
- II- Também se consideram como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.1.4 Invalidez Total e Permanente: é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Estipulante caso o segurado, em decorrência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência da cobertura individual, fique total e permanentemente inválido, nos termos das condições especiais.

3.2 As garantias de Morte, IPTA, IFPD e Invalidez Total e Permanente, quando contratadas em conjunto, não se acumulam. Depois de paga uma indenização por invalidez ou por morte, o seguro será automaticamente cancelado.

3.3 As garantias de IPTA e IFPD não podem ser contratadas em conjunto com a cobertura de Invalidez Total e Permanente.

3.4. Em caso de inclusão de segurados menores de 14 (quatorze) anos, a percepção destas garantias irá se resumir ao reembolso de despesas, não sendo as mesmas cumulativas ao ponto de exceder o real gasto efetuado.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1 **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**
 - 4.1.1 de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, exceto em casos de atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - 4.1.2 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - 4.1.3 do 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;
 - 4.1.4 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

- 4.1.5 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - 4.1.6 de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
 - 4.1.7 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual. O beneficiário não terá direito ao capital segurado estipulado quando o Segurado se suicida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso; e
 - 4.1.8 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.
- 4.2 **Exclusão para Atos Terroristas**
- 4.2.1 Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1 As garantias do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6 CARÊNCIA

- 6.1 O período de carência será estabelecido no Contrato de Seguro e será definido de acordo com o regulamento do Plano de Benefícios mantido pelo Estipulante, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 6.1.1 O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de 2 (dois) anos. Entretanto, o período de carência não excederá metade do prazo de vigência da cobertura individual, prevista no Contrato de Seguro.
- 6.2 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 6.3 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.
- 6.4 O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.
- 6.5 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

- 6.6 **O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido no Contrato de Seguro.**

7 ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.2 A aceitação do Seguro se dá em relação ao estipulante no momento da aceitação da proposta de contratação.

7.2.1 A contratação, assim como a alteração do contrato, deverá se dar por meio de proposta assinada pelo Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2.2 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da Apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.2.3 Qualquer alteração quanto às taxas do seguro dependerá da anuência expressa de segurados que representem $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7.2.4 Recebida a proposta de contratação, seja para seguros novos, renovações, ou alterações que impliquem modificação do risco, terá a Seguradora o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar em relação a aceitação ou recusa da mesma. Caso não haja manifestação da Seguradora dentro do prazo referido, a proposta será considerada como tacitamente aceita pela seguradora.

7.2.5 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo, neste caso, suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.2.6 Caso haja recusa da proposta de contratação, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao Estipulante, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

7.2.7 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o Estipulante, conforme o caso, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme item 11 destas Condições Gerais entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

7.3 A aceitação do Seguro em relação a cada membro do grupo segurável se dá no momento da aceitação da proposta de adesão.

7.3.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

7.3.3. Recebida a proposta de adesão pela Seguradora, o seguro estará automaticamente aceito, caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias.

7.3.4. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.

- 7.3.5. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.
- 7.3.6. Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 7.4. Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente, bem como, nos seguros onde haja distribuição de excedentes técnicos aos segurados, informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

8 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 8.1 A vigência da apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, será especificada no Contrato de Seguro.
- 8.1.1 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 8.1.2 O início de vigência da(s) cobertura(s) individual(is) coincidirá com a data de aceitação da proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes no Contrato.
- 8.1.3 **Este Seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 8.2 A renovação da apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante, através de termo aditivo ao Contrato de Seguro.
- 8.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 8.2.2 A renovação que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 8.3 **O desinteresse pela renovação da apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.**
- 8.4 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 8.5 O término da vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data que finalizar o prazo previsto nas Condições Contratuais.

9 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 9.1 O Seguro será custeado integralmente pelo Segurado (100% contribuinte).
- 9.2 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora delegará ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado.**
- 9.3 **É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**
- 9.4 **Os prêmios deverão ser pagos até a data estabelecida nas Condições Contratuais.** No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das garantias.
- 9.4.1 A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 9.4 e no item 17 ensejará a cobrança de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do prêmio.
- 9.5 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.
- 9.6 A periodicidade do pagamento dos prêmios será mensal.

10 CAPITAIS SEGURADOS

- 10.1 Entende-se como Capital Segurado o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.
- 10.2 Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará do Contrato do Seguro, tais como:
- a) capital de livre escolha pelo Segurado definido na contratação do seguro;
 - b) capital único ou fixo;
 - d) capital escalonado por idade;
 - f) capital atuarialmente equivalente do Benefício (de Pensão na garantia de Morte ou de Aposentadoria por invalidez nas garantias de Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD, e Invalidez Total e Permanente) ou um percentual do mesmo.
- 10.3 Nos casos do capital segurado ser atrelado ao valor do benefício, mensalmente o Estipulante deverá encaminhar à Seguradora a relação de componentes do grupo segurado, informando o valor atuarialmente equivalente para determinação do capital segurado de cada garantia, respeitando os limites máximos previstos para cada garantia no Contrato de Seguro.
- 10.4 No Contrato de Seguro será definido o Capital Segurado máximo para cada garantia.

10.5 Nos casos em que o Capital Segurado for estabelecido na forma de percentual do valor atuarialmente equivalente do Benefício, o percentual será definido das Condições Contratuais e na Apólice.

10.5.1 O percentual do valor do Benefício corresponderá à participação da Seguradora e poderá ser definido por apólice ou por segurado.

Quando o percentual referido neste item for definido por segurado será estabelecido na forma de limite máximo de capital segurado.

10.6 Em caso de mora, observando-se o disposto no item 24, o Capital Segurado a ser indenizado ou os prêmios a serem devolvidos serão atualizados pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário, exceto para as apólices que prevejam reajuste de capitais segurados e prêmios com base no dissídio da categoria.

10.7 O Capital Segurado dos componentes dependentes do Segurado principal não poderão ser superiores ao deste.

10.8 Se depois de paga a indenização de invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequências do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deverá ser deduzida do Capital Segurado por morte, caso contratada esta cobertura.

10.9 Considera-se com data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro:

10.9.1 Para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

10.9.2 Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e Invalidez Total e Permanente quando ocasionada por doença, a data indicada na declaração médica.

10.9.3 Para as demais coberturas, a data da ocorrência do evento coberto.

11 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada ano, na data de aniversário da apólice coletiva, pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário, exceto para as apólices que prevejam reajuste de capitais segurados e prêmios com base na variação do valor atuarialmente equivalente do Benefício, observado o disposto no item 10.2 letra f.

12 RECÁLCULO DAS TAXAS DO SEGURO

12.1 Para fins de adequação da taxa cobrada, a Seguradora efetuará avaliações anuais da sinistralidade da Apólice, nas datas estabelecidas no Contrato de Seguro, de modo a corrigir possíveis desvios entre a taxa cobrada e a taxa calculada com base nos sinistros verificados na vigência da Apólice.

- 12.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice.
- 12.2 Qualquer modificação da Apólice que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 12.3 Qualquer alteração nas Condições Gerais e/ou na Nota Técnica Atuarial do Seguro será previamente encaminhada à SUSEP.
- 12.4 **O valor do prêmio individual do Seguro será alterado sempre que o Segurado mudar de faixa etária, conforme determinado na tabela constante das Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro, sendo certo que tal alteração, por já estar prevista nas Condições Contratuais do Seguro não implicará em consulta à massa de segurados. A data do reajuste será fixada nas Condições Contratuais do Seguro.**
- 12.5 **O reenquadramento para os segurados que atingirem a idade máxima limite da referida tabela será feito anualmente pelo percentual calculado especificamente para o grupo e previsto nas Condições Contratuais e disponibilizado ao Segurado quando da sua adesão ao Seguro.**

13 BENEFICIÁRIO

- 13.1 Em caso de sinistro, o Capital Segurado será pago ao Estipulante (EFPC), na qualidade de beneficiário do seguro.
- 13.1.1 O Estipulante será responsável por creditar o valor do Capital Segurado, recebido da Seguradora, na Conta Benefício do participante, nos termos do Regulamento do(s) Plano(s) que administra(m), de forma a poder arcar com a manutenção do benefício previsto no Regulamento do referido Plano.

14 FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

- 14.1 As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas ao Estipulante (EFPC) sob a forma de pagamento único.

15 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 15.1 Em caso de sinistro, o Estipulante deverá comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 15.3.
- 15.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 15.3 destas Condições Gerais. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares para elucidação do evento. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem entregues todos os documentos solicitados.**
- 15.3 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:
- 15.3.1 Em caso de Morte Natural:

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) formulário de Declaração Médica preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida;
- e) cópia do prontuário médico, incluindo laudos e resultados de exames que confirmem a causa da morte do Segurado;
- f) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- g) cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- h) cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

15.3.2 Em caso de Morte Acidental:

- a) documentos previstos no item 15.3.1; e
- b) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- c) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- e) cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito; e
- f) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho.

15.3.3 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) cópia do Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pela Previdência Oficial;
- d) formulário de Declaração Médica preenchido e assinado pelo médico assistente com firma reconhecida, comprovando a invalidez;
- e) cópia do prontuário médico, incluindo laudos e resultados de exames que confirmem a causa da invalidez do Segurado;
- f) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- h) cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito;
- i) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- k) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- l) cópia completa autenticada do Estatuto Social do Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e
- m) cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

15.3.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD):

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) Declaração Médica indicando a data de invalidez Funcional Permanente por Doença (data do sinistro). 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 Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
- d) relatório do médico-assistente do Segurado:
 - a. Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - b. 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 Autônomicas do Segurado;
- e) 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;
- f) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- g) cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

15.3.5 Em caso de Invalidez Total e Permanente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) cópia do Boletim de Ocorrência Policial e Laudo de Exame de Corpo de Delito, se for o caso (em caso de acidente); e
- d) Declaração Médica comprovando a invalidez e sua data de ocorrência.
- e) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
- f) cópia completa autenticada do Estatuto Social da Estipulante e ata da eleição da diretoria, bem como cópia do RG e CPF dos representantes eleitos, quando necessário; e cópia autenticada da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome da estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando necessário.

- 15.4 A partir da entrega de toda a Documentação Básica exigida pela Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro.
- 15.5 Em caso de dúvida justificada para a comprovação da ocorrência do evento gerador, poderão ser exigidos outros documentos, além dos citados no item 15.3.
- 15.6 **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente**
- 15.7 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Estipulante, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 15.8 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
- 15.9 Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 15.10 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento gerador do benefício não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.
- 15.11 O valor a ser indenizado ao Beneficiário será igual ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento.
- 15.11.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 15.2, deverá ser observado o disposto no item 24.2.
- 15.11.2 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 15.11.3 **As coberturas de Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Invalidez Total e Permanente, quando contratadas em conjunto, não se acumulam. Depois de paga uma indenização por Morte ou Invalidez o seguro estará automaticamente cancelado.**

16 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 16.1 **O Segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.**
- 16.2 **O beneficiário perderá o direito a indenização referente ao capital estipulado caso o segurado se suicide nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso**

- 16.3 **Se o Segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, sócios controladores, dirigentes e administradores legais, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.**
- 16.4 **Se, o Segurado, por si, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**
- 16.5 **Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má-fé do Estipulante e do Segurado, a Seguradora, conforme disposto nas Condições Contratuais, poderá:**
- 16.5.1 **Na hipótese de não ocorrência de sinistro:**
- a) **Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) **Mediante acordo entre as partes, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- 16.5.2 **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.**
- 16.5.3 **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.**
- 16.6 **Se o Segurado não obedecer aos prazos prescricionais determinados em lei.**
- 16.7 **O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé**
- 16.7.1 **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 controlada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**
- 16.7.2 **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 PRAZO DE TOLERÂNCIA

- 17.1 Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 90 (noventa) dias a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, o estipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento da apólice, conforme previsto no subitem 18.1.
- 17.1.1 Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, mediante cobrança do prêmio devido **ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário**
- 17.2 Se o Segurado permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, este será excluído da apólice.

18 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 18.1 O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 90 (noventa) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial. **Neste caso o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago.**
- 18.1.1 A Seguradora notificará o Estipulante, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.
- 18.2 Mediante acordo entre as partes contratantes, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice, que dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 18.3 O Segurado terá seu seguro cancelado após o pagamento de indenização referente às coberturas de Invalidez Total, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.
- 18.4 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

19 CONTRATAÇÃO / ALTERAÇÃO DO CONTRATO

- 19.1 A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 19.2 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 20.1 **A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 20.2 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:**

- 20.2.1 com o pagamento da indenização prevista nos itens 3.1.1, 3.1.12, 3.1.3 ou 3.1.4 ; ou
- 20.2.2 com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou
- 20.2.3 em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação; ou
- 20.2.4 quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

21 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- 21.1 Constituem obrigações do Estipulante:
 - 21.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - 21.1.2 informar à Seguradora, na periodicidade estabelecida no Contrato de Seguro, os valores atuarialmente equivalente dos benefícios mantidos pelo plano do Estipulante, bem como os percentuais do valor atuarialmente equivalente de cada benefício quando previsto na apólice;
 - 21.1.3 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - 21.1.4 fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
 - 21.1.5 discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;
 - 21.1.6 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando este for de sua responsabilidade;
 - 21.1.7 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - 21.1.8 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
 - 21.1.9 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - 21.1.10 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
 - 21.1.11 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.
- 21.2 É expressamente vedado ao estipulante:
 - I- cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
 - II - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

IV - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

22 REGIME FINANCEIRO

22.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.

23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

23.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.

24 MORA

24.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, conforme itens 24.2 e 24.4 abaixo.

24.2 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 24.3 destas Condições Gerais, incidirão sobre o valor do capital segurado:

24.2.1 Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do capital segurado, a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;

24.2.2 Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do IPC-A, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

24.2.3 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato independentemente de notificação ou interpelação judicial.

Caso ocorra a extinção deste índice, será utilizado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) como índice substituto.

24.3 É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como Documentação Básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

24.4 Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.

24.4.1 Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do IPC-A entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

25 PRESCRIÇÃO

25.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26 TRIBUTOS

26.1 Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização correrão por conta do contribuinte conforme determinado pela legislação aplicável.

27 FORO

27.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

27.2 Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

1. OBJETIVO

1.1. É a garantia do pagamento de uma indenização ao Beneficiário (Estipulante), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

2. CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

2.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

3.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 15 - Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

4. DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário (Estipulante) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso da Invalidez Total e Permanente do Segurado, em decorrência de doença ou acidente pessoal ocorrido durante a vigência da cobertura.

2. COBERTURA

- 2.1. A Invalidez Total e Permanente será caracterizada por aquela de que não se pode esperar a recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. Esta condição deverá ser comprovada através de declaração médica e, ainda, dos documentos devidamente especificados no item 15 – Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente quando a causa da invalidez for por acidente. Para eventos decorrentes de doença, será considerada a data indicada na declaração médica.
- 3.2. Reconhecida a Invalidez Total e Permanente pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado ao Beneficiário sob a forma de pagamento único, conforme item 14 das Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**

6 DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 6.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Total e Permanente são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

7 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 7.1 O pagamento da cobertura de Invalidez Total e Permanente extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro.

- 7.2 Não restando comprovada a Invalidez Total e Permanente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

8 PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- 8.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 15 – Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

9 DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo pagar uma indenização ao Beneficiário, em caso de invalidez total e permanente do Segurado, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e conforme descrito no item 2.

2. COBERTURA

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez total e permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará uma indenização ao Estipulante com base na tabela abaixo, para os casos decorrentes de acidente pessoal coberto:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

Invalidez Permanente Total por Acidente	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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 incurável	100

2.2. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2.3. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente o seguro será automaticamente cancelado.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

5.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 15 – Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

1. OBJETIVO

1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário (Estipulante) o pagamento do Capital Segurado contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, destas Condições, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença

2.2. **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.

2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10. **Consumção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

- 2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.19. **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.
- 2.20. **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.
- 2.21. **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.25. **Hígido:** Saudável.
- 2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.31. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.33. **Seqüela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURA

- 3.1. 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 Autônomas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 15 – Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.
- 3.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4. RISCOS COBERTOS

- 4.1. Considera-se como Risco Coberto 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 (consumção), 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; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

5. DEMAIS RISCOS COBERTOS

- 5.1. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 5.1.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- 5.1.2. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- 5.1.3. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 5.1.4. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 5.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

5.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos mencionados no item Dos 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 Autônomicas 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) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário nas Condições Particulares;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. DATA DO SINISTRO

7.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

7.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data indicada conforme subitens 7.1 e 7.2.

8. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

8.2. A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

10. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado ao Beneficiário sob a forma de pagamento único, conforme item 14 das Condições Gerais.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1. O pagamento da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro.

11.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 15 – Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

13. RATIFICAÇÃO

13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAS DO SEGURADO	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10

	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20
--	---	-----------

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08