

MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
(CNPJ: 33.608.308.0001/73)

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS
CAPITAL GLOBAL UNIFORME**

PROCESSO SUSEP N.º. 15.414.002055/2010-40

CONDIÇÕES GERAIS

1) OBJETIVO DO SEGURO

Art. 1º. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

Parágrafo único. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no parágrafo 1º. do art. 26, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2) DEFINIÇÕES

Art. 2º. Para efeito destas condições gerais, considera-se:

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

a.1) Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal às lesões decorrentes de:

- suicídio, ou a sua tentativa, respeitado o parágrafo 1º. do art. 26;
- ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- escapamento acidental de gases e vapores;
- sequestros e tentativas de sequestros; e
- alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações

radiologicamente comprovadas.

a.2) Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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; e
- 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.

b) Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente;

c) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

d) Capital Segurado Global Uniforme: é o montante total de capital segurado contratado pelo subestipulante que deverá ser pago, proporcionalmente ao grupo segurado na ocorrência do sinistro, ao segurado ou beneficiário;

e) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

f) Certificado de Adesão: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo subestipulante no seguro subscrito;

g) Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume quando da ocorrência de um evento coberto;

h) Cobertura Individual: são as obrigações que a seguradora assume perante cada segurado e seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto;

i) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, do contrato e do certificado de adesão;

k) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, do estipulante, do subestipulante, dos segurados e dos beneficiários;

l) Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação da apólice, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

m) Dependentes: são o cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda, desde que não tenham vínculo com o estipulante ou subestipulante.

n) Estipulante: pessoa jurídica que propõe a contratação da apólice, ficando investida de poderes de representação dos subestipulantes, nos termos da legislação e regulação em vigor;

o) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

p) Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

q) Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

r) Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

s) Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

t) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

u) 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.**

v) Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do seguro e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

w) Período de Cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

x) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

y) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

z) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

aa) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

ab) Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

ac) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, que não serão cobertos pelo seguro;

ad) Segurado: pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;

ae) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

af) Seguro: seguro de vida em grupo e acidentes pessoais coletivos, devidamente aprovado pela SUSEP, com base no qual é emitida a apólice;

ag) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro; e

ah) Subestipulante: pessoa jurídica, previamente vinculada ao estipulante, que adere à apólice através de proposta de contratação específica, ficando investida de poderes de representação dos segurados a si vinculados, de acordo com as condições gerais do seguro;

Art. 3º. Segue, para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) o glossário de termos utilizados nestas condições gerais:

a) Agravo Mórbido: piora de uma doença;

b) 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;

c) Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

d) Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

e) Auxílio: a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

f) Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

g) Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;

h) Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc;

i) Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;

j) Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

k) Dados Antropométricos: no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado;

l) Deambular: ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;

m) 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;

n) Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

o) Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

p) Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

q) Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

r) Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

s) 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);

t) 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;

u) 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;

v) Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;

w) Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo;

x) Etiologia: causa de cada doença;

y) Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

z) Hígido: saudável;

aa) Médico Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

ab) Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

ac) Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

ad) Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

ae) Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

af) Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

ag) Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

ah) Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e

ai) Transferência Corporal: capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3) COBERTURAS DO SEGURO

Art. 4º. Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

I. Morte (M): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência da cobertura individual.

II. Rescisão Contratual (RC): Em caso de morte do funcionário, o empregador recebe um reembolso, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, de até 10% da importância segurada individual por morte.

III. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura individual.

IV. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.

V. Invalidez Permanente por Doença Congênita (IPDC): É a antecipação de todo ou parte do capital segurado para a garantia de morte para dependente filho, quando ocorrer o nascimento do filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá futuramente exercer atividade remunerada, comprovada por documentação médica pertinente, durante o período de vigência da cobertura individual, respeitados o período de carência e as condições contratuais do seguro. Doenças congênitas são aquelas que nascem com o indivíduo, resultante

da má formação do organismo e detectadas até o sexto mês de vida.

VI. Auxílio Funeral (AFC): Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado.

VII. Auxílio Alimentação (AALI): Corresponde ao pagamento de uma indenização por morte do segurado, por causas naturais ou acidentais para auxiliar na alimentação da família.

3.1. Da Cobertura de Morte:

Art. 5º. A indenização referente à morte de menores de 14 (quatorze) anos 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.

Art. 6º. As indenizações pelas coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação e Invalidez por Doença Congênita do Filho não se acumulam com a cobertura de Morte.

3.2. Da Cobertura de Rescisão Contratual:

Art. 7º. A cobertura de rescisão contratual não poderá ser contratada por menores de 14 (quatorze) anos.

Art. 8º. A cobertura de rescisão contratual se acumula com a cobertura de morte.

3.3. Da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

Art. 9º. Esta cobertura não poderá ser oferecida ou contratada por menores de 14 (quatorze) anos.

Art. 10. A cobertura de IPA deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for

verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
TOTAL	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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	100
PARCIAL DIVERSAS	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
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
Perda de dois testículos	12	

	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do 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		
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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 a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	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	

§ 1º. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. 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).

§ 2º. 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 ou atividade.

§ 3º. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 4º. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 5º. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

3.4. Da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPDA):

Art. 11. Esta cobertura não poderá ser oferecida ou contratada por menores de 14 (quatorze) anos.

Art. 12. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada.

Art. 13. 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 autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 58.

Art. 14. 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 prognóstico 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 sequelas 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 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula zero três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) 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° (sessenta graus); 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.

Art. 15. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo às condições gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Art. 16. 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 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

§ 1º. 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.

§ 2º. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

§ 3º. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

§ 4º. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

§ 5º. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.5. Da cobertura de Auxílio Funeral (AFC):

Art. 17. Cabe aos beneficiários do segurado a livre escolha dos prestadores de serviços funerários, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços funerários para facilitar a prestação de assistência ao segurado.

Art. 18. Para reembolso deverão ser apresentadas as Notas Fiscais originais do funeral.

Art. 19. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento do funeral (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 20. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) 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;

b) 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) epidemias declaradas pelo órgão competente, gripe aviária, envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

g) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;

h) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

i) o parto ou aborto e suas consequências, em decorrência de acidente pessoal;

j) o choque anafilático e suas consequências.

Art. 21. Além dos riscos excluídos mencionados no art. 20, consideram-se também como riscos excluídos para a cobertura de Invalidez Congênita do(s) Filho(s) os abaixo especificados:

a) uso de substâncias ou procedimentos contraindicados no período de gestação, com base na literatura médica vigente;

b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada; e

c) os casos de natimortos e neomortos.

Art. 22. Além dos riscos mencionados no art. 20, 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, para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPDA), 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 ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

c) as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo progresso;

d) as doenças agravadas por traumatismos; e

e) as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas.

Parágrafo único. 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.

Art. 23. A 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.

Art. 24. Não estão cobertos danos e perdas 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 atentatório à ordem pública pela autoridade

pública competente.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Art. 25. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

§ 1º. A prestação de serviços constante do art. 17 só será efetuada em território nacional.

§ 2º. Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso.

6) CARÊNCIAS

Art. 26. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, sendo estabelecido no contrato firmado entre a seguradora e o estipulante e, não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência indicado no certificado de adesão do subestipulante.

§ 1º. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

§ 2º. Com a ocorrência de qualquer evento durante o período de carência, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 47.

§ 3º. O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do seguro.

§ 4º. Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante do certificado de adesão.

7) ACEITAÇÃO DO SEGURO

Art. 27. A contratação será feita com base na proposta de contratação que deverá ser preenchida e assinada pelo representante legal do subestipulante.

§ 1º. Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.

§ 2º. O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega dos mesmos.

§ 3º. Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela seguradora, o valor pago deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 47.

Art. 28. Além do disposto no art. 27, cada segurado titular e seu cônjuge deverá satisfazer as seguintes condições:

- a)** ter no mínimo 18 (dezoito) anos e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade completos na data de protocolo da proposta de contratação na seguradora; e
- b)** estar em plena atividade profissional.

Parágrafo único. Para o caso de inclusões de segurados após a contratação do seguro, as condições estabelecidas nas alíneas “a” e “b” do caput também deverão ser atendidas.

Art. 29. Para contratação e manutenção do grupo, deverá ser observado um número mínimo de segurados a ser estabelecido pela seguradora, o qual constará proposta de contratação.

Art. 30. O grupo segurado será constituído pela totalidade dos empregados e

prestadores de serviços constantes da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social mais os Sócios e Diretores que constem do Contrato Social da Empresa e estagiários com contrato de estágio com a empresa, de acordo com a opção do subestipulante na proposta de contratação, sendo excluídos os menores de 18 (dezoito) anos e os maiores de 65 (sessenta e cinco) anos, assim como os afastados no momento da contratação e em cada uma das inclusões, conforme disposto no art. 28.

Art. 31. A cada subestipulante incluído no seguro será enviado um certificado de adesão, assinado pelos representantes legais da seguradora, observados os elementos mínimos contidos na legislação vigente.

Art. 32. A inclusão de segurados dependentes pode ser feita de forma automática e abrangerá todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais.

§ 1º. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal.

§ 2º. Não podem participar da inclusão de dependentes os cônjuges e companheira(o)s que façam parte do grupo segurável de componentes principais.

Art. 33. São equiparados aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas estiverem registradas de acordo com regulamentação própria.

Art. 34. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

Art. 35. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8) VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 36. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio, para aqueles empregados e prestadores de serviço que fizerem parte da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao da assinatura da proposta de contratação e para os Sócios e Diretores que constem do Contrato Social da Empresa e estagiários com contrato de estágio, há pelo menos um mês, contado da data de assinatura da proposta de contratação, observadas as restrições contidas no art. 28. O fim de vigência da cobertura individual não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

§ 1º. Os que estiverem afastados do trabalho na data de contratação do seguro e para os novos funcionários, prestadores de serviços, estagiários, sócios e diretores e seus dependentes, se for o caso, o início de vigência da cobertura individual se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio relativo ao mês de seu retorno ao trabalho ou de sua contratação pelo subestipulante, observado o disposto no art. 28 e a necessidade de fazer parte da GFIP ou do Contrato Social ou do Contrato de Estágio.

§ 2º. O segurado principal afastado do trabalho para tratamento de saúde por um período superior a 15 (quinze) dias, cujo início do afastamento tenha ocorrido durante a vigência da cobertura individual, estará amparado por todas as garantias contratadas pelo subestipulante.

9) VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Art. 37. A vigência do seguro constará da apólice e do certificado de adesão, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

§ 1º. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar ao estipulante e ao subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência do seguro.

§ 2º. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

§ 3º. A renovação do seguro que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

§ 4º. 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 $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

10) CAPITAL SEGURADO

Art. 38. O capital segurado global uniforme definido pelo subestipulante na proposta de contratação será relativo à cobertura de Morte.

Parágrafo único. Para as demais coberturas, o capital segurado global uniforme será calculado em função daquele estabelecido para a cobertura de Morte, de acordo com as coberturas escolhidas na proposta de contratação.

Art. 39. A cobertura para cônjuge e filhos, quando contratada, abrangerá a cobertura de Morte e Invalidez por Doença Congênita. Os capitais segurados destes serão equivalentes a:

a) Cônjuge: 50% (cinquenta por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal; e

b) Filhos: 50% (cinquenta por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho e 25% (vinte e cinco por cento) para a cobertura de Invalidez Permanente por Doença Congênita.

Parágrafo único. A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte.

Art. 40. O capital segurado individual será uniforme e igual ao resultado da divisão do capital segurado global uniforme contratado pelo subestipulante, pelo número total de segurados, ou seja, o grupo de empregados e prestadores de serviço constantes da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do subestipulante, mais os sócios e diretores que constem do Contrato Social da Empresa e os estagiários com contrato de estágio, do mês anterior ao da ocorrência do evento gerador, observadas as restrições constantes do art. 28.

Parágrafo único. Também serão considerados no total de segurados, aqueles funcionários e prestadores de serviço afastados por motivo de doença ou acidente, desde que o tenham sido durante a vigência do seguro, mesmo que não constem da GFIP.

Art. 41. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

a) na cobertura de Morte, Auxílio Funeral, Auxílio Alimentação e Rescisão Contratual a data do falecimento;

b) nas coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a data do acidente;

c) nas coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – antecipação (IFPDA) e de Invalidez Permanente por Doença Congênita do(s) Filho(s), a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

Parágrafo único. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e da Invalidez Permanente por Doença Congênita do(s) Filho(s) 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.

Art. 42. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Parcial por Acidente é automática após cada acidente.

Art. 43. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) deverá ter o mesmo valor da cobertura de Morte.

11) ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Art. 44. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês de aniversário da assinatura da proposta de contratação, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização.

Art. 45. Caso o subestipulante tenha optado pela periodicidade anual do

pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

Art. 46. Além da atualização monetária, o valor dos prêmios será recalculado periodicamente para adaptar o risco atingido pelo grupo de segurados, podendo a seguradora alterar a taxa, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico, na forma da lei.

§ 1º. As taxas adotadas no seguro, bem como os critérios técnicos e as data de recálculo, constarão da apólice.

§ 2º. Quando ocorrerem modificações substanciais na composição do grupo, como por exemplo, redução de 70% (setenta por cento) do grupo com relação ao grupo implantado, a seguradora recalculará as novas taxas.

§ 3º. As reavaliações dispostas no caput e no § 2º. deverão ser realizadas por endosso à apólice, observando-se que a modificação da apólice em vigor que implicar 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.

§ 4º. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

12) APLICABILIDADE DE MORA

Art. 47. Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% (zero vírgula zero um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no art. 59, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

Parágrafo único. Para este plano não será adotada multa.

13) PAGAMENTO DE PRÊMIO

Art. 48. O custeio do seguro será não contributivo, onde os segurados não pagam prêmio e o valor do prêmio será estabelecido em função do capital global estabelecido pelo subestipulante multiplicado pela taxa estabelecida pela seguradora.

Art. 49. Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

§ 1º. No caso de cancelamento do seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 47.

§ 2º. Os prêmios poderão ser pagos pelo subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito e débito em conta corrente, conforme definido na proposta de contratação.

§ 3º. **Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na proposta de contratação.** 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 coberturas.

§ 4º. Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

14) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Art. 50. **Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio por parte do subestipulante, este não tiver sido quitado, as coberturas individuais deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.**

§ 1º. O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o subestipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

§ 2º. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

15) CANCELAMENTO DO CERTIFICADO DE ADESÃO E APÓLICE

Art. 51. No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de 3 (três) parcelas, consecutivas, acarretará o cancelamento do Certificado de Adesão e, conseqüentemente, cessando a cobertura individual, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 1º. Para os prêmios pagos trimestralmente, semestralmente ou anualmente, o cancelamento do Certificado de Adesão ocorrerá depois de transcorrido o prazo de 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento de uma parcela de prêmio devida e não paga, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 2º. A falta de pagamento de 3 (três) parcelas não consecutivas, para a periodicidade de pagamento mensal, também acarretará o cancelamento do Certificado de Adesão, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

§ 3º. O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

Art. 52. A apólice poderá, ainda, ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16) CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Art. 53. A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência indicado no Certificado de Adesão, se a apólice não for renovada, observada a limitação constante no art. 37 destas condições gerais.

Art. 54. O segurado ou o subestipulante é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.

Art. 55. A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado ou do subestipulante, poderá dar ciência ao subestipulante, por escrito, de sua decisão de cancelar a cobertura individual.

§ 1º. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

§ 2º. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

Art. 56. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- c) com o recebimento de 100% (cem por cento) do capital segurado das coberturas de morte, invalidez funcional permanente total por doença e invalidez total e permanente por acidente;

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;

- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos pelo subestipulante; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17) PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Art. 57. Se o segurado, o estipulante, o subestipulante, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o subestipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- 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 do 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:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

18) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 58. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- h) cópia da carteira de identidade e CPF;
- i) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- j) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- k) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- l) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- m) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

III. EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;

- h)** radiografias, se houver;
- i)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- j)** cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k)** cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

IV. EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a)** Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- c)** Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total 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 nos arts. 14, 15 e 16;
- d)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- e)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc);
- f)** Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- g)** Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h)** 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 autonômicas do segurado.

- i) 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;

V. EM CASO DE AUXÍLIO FUNERAL:

Para reembolso do auxílio funeral até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) cópia da carteira de identidade e CPF;
- e) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc); e
- f) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

VI. EM CASO DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) cópia da carteira de identidade e CPF; e
- e) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc).

VII. EM CASO DE RESCISÃO CONTRATUAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a)** cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b)** cópia da carteira de identidade e CPF;

DOCUMENTOS DO SUBESTIPULANTE

- c)** cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- d)** cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global uniforme);
- e)** cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- f)** cópia do contrato de prestação de serviço;
- g)** cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado;
- h)** cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento;
- i)** documento que comprove os gastos com a rescisão trabalhista do segurado falecido;
- j)** cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal da empresa beneficiária; e
- k)** cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

VIII. EM CASO DE INVALIDEZ CONGÊNITA DO(S) FILHO(S):

- a)** cópia da carteira de identidade e CPF do segurado principal;
- b)** cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc) do segurado principal;
- c)** cópia autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- d)** cópia autenticada da certidão de nascimentos do(s) filho(s);
- e)** Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

- f) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto; e
- g) exames e laudos que indiquem a doença congênita.

Parágrafo único. Para todas as coberturas, serão exigidos os seguintes documentos para o subestipulante:

DOCUMENTOS DO SUBESTIPULANTE

- a) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- b) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global uniforme);
- c) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- d) cópia do contrato de prestação de serviço.
- e) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- h) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

Art. 59. A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada no art. 58, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

Art. 60. É facultada 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 que julgar necessários à apuração do sinistro.

Parágrafo único. A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

Art. 61. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, 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.

§ 1º. A junta médica de que trata o *caput* deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º. 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.

§ 3º. 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.

Art. 62. Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

Art. 63. O segurado, ao aderir ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Art. 64. A indenização devida e não paga, no prazo disposto no art. 59, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

Parágrafo único. Considerando o disposto no *caput* deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no art. 47.

19) BENEFICIÁRIOS

Art. 65. Os beneficiários serão aqueles designados como dependentes do segurado na FRE - Ficha de Registro de Empregado, em poder do

subestipulante. Para os prestadores de serviço, estagiários e sócios ou diretores, no caso de não existir nenhuma ficha de registro na empresa, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda, observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

§ 1º. Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

§ 2º. No caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente e invalidez funcional permanente total por doença – antecipação, o próprio segurado será o beneficiário.

§ 3º. No caso de morte do dependente ou invalidez permanente por doença congênita, o beneficiário será o segurado principal.

§ 4º . No caso da cobertura de Auxílio Funeral será beneficiário aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa com o funeral.

§ 5º . No caso de rescisão contratual será beneficiária a empresa contratante com a qual o segurado possui contrato de trabalho

§ 6º. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependentes, as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

20) OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE

Art. 66. São obrigações do estipulante:

- a)** dar ciência ao subestipulante da lista de informações necessárias que permitam o processo de análise e aceitação do risco pela seguradora;;
- b)** fornecer ao subestipulante, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas a apólice e contrato de seguro;
- c)** dar ciência aos subestipulantes dos prazos e procedimentos para a

liquidação de sinistros;

d) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

e) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

Art. 67. São obrigações do subestipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;

b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no 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 Certificado de Adesão e contrato de seguro;

d) pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;

e) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice e certificado de adesão, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;

f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;

g) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;

h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e

i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

21) DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 68. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IGPM.

Art. 69. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

Art. 70. Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo segurado.

Parágrafo único. Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

Art. 71. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Art. 72. 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.

Art. 73. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.

22) FORO

Art. 74. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

**ANEXO ÀS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ
FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

**TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E
ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>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.</p>	00
	<p>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 INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: 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 ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1º GRAU: 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
CONECTIVIDADE E 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
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20

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 HOVE 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