

# **CAIXA SEGUROS GERAIS**

**CONDIÇÕES GERAIS  
E ESPECIAIS**

**ACIDENTES  
PESSOAIS E  
COLETIVOS**

**CAIXA SEGURO  
ACIDENTES  
PESSOAIS  
EMPRESARIAL  
(NOVO)**

## **SÍNTESE DO SEGURO ACIDENTES PESSOAIS EMPRESARIAL CAPITAL GLOBAL - APC**

- **GARANTIAS**
  - MORTE ACIDENTAL
  - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE
  - GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE
  - COBERTURA PARA DOENÇAS GRAVES
  - AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO
  
- **BENEFÍCIOS**
  - SERVIÇO ASSISTÊNCIA FUNERAL

## 1 CONCEITOS E DEFINIÇÕES

**1.1 Acidente pessoal:** evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

**1.1.1 Incluem-se nesse conceito:**

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

**1.1.2 Excluem-se desse conceito:**

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências 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, definido no item 1.1.

**1.2 Apólice:** documento emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

**1.3 Beneficiário:** pessoa física designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

**1.4 Capital segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice vigente na data do evento.

**1.5 Capital segurado global:** valor máximo contratado a ser dividido em partes iguais entre todos os segurados, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice vigente na data do evento.

**1.6 Capital segurado individual:** resultado da divisão do Capital Segurado Global em partes iguais entre todos os segurados, a ser utilizado como base para o pagamento de indenização, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s) e vigente(s) na data do evento. O Capital Segurado Individual pode variar em função da inclusão ou exclusão de empregados no grupo segurado.

- 1.7 Cobertura individual:** garantia de cada Segurado incluído na apólice de seguro, às coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela Seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.
- 1.8 Condições gerais e especiais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, do(s) Beneficiário(s) e do Estipulante.
- 1.9 Deficiência funcional:** falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.
- 1.10 Doença:** conjunto característico de sintomas e sinais decorrente da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.
- 1.11 Empresa contratante:** pessoa jurídica que contrata o seguro em favor de seus empregados, conforme os critérios de aceitação da Seguradora previstos nestas Condições Gerais e Especiais, e que está vinculada ao Estipulante pelos poderes de representação que lhe confere automaticamente ao aderir ao seguro na qualidade de Subestipulante.
- 1.12 Estipulante:** pessoa jurídica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação em vigor e das disposições contratualmente estabelecidas.
- 1.13 Evento coberto:** acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído das condições gerais e especiais da apólice, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s).
- 1.14 Indenização:** valor a ser pago pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) do seguro, conforme o caso, na ocorrência de evento coberto pela apólice, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada e vigente.
- 1.15 Invalidez permanente:** perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.
- 1.16 Médico assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico do Segurado, bem como pelo(s) diagnóstico(s) e conduta realizados.
- 1.17 Período de cobertura:** período durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, conforme previsto nas condições gerais do seguro.
- 1.18 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 o(s) Beneficiário(s) não terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.
- 1.19 Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 1.20 Proponente:** pessoa jurídica que mediante o preenchimento e assinatura de Proposta de Contratação, propõe a sua adesão à apólice, e que passará à condição de Empresa Contratante, somente após sua aceitação pela Seguradora.

- 1.21 Proposta de contratação:** documento através do qual a pessoa jurídica, Proponente, expressa a intenção de contratar o seguro na qualidade de Subestipulante, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 1.22 Riscos excluídos:** riscos previstos nas Condições Gerais e Especiais, que não serão cobertos pelo seguro.
- 1.23 Segurado principal:** pessoa física incluída no seguro, representada pela Empresa Contratante.
- 1.24 Segurado dependente:** cônjuge do Segurado Principal. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a), desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor.
- 1.25 Seguradora:** Caixa Seguradora S.A. que, devidamente autorizada pelo Governo Federal, assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do prêmio.
- 1.26 Sinistro:** evento coberto pela apólice de seguro, ocorrido durante o período de cobertura.
- 1.27 Subestipulante:** cada empresa isoladamente contratante do seguro, que está vinculada ao Estipulante pelos poderes de representação que lhe confere automaticamente ao aderir ao seguro.
- 1.28 Superintendência de Seguros Privados (SUSEP):** órgão normalizador e fiscalizador das atividades de seguros.
- 1.29 Vigência:** período em que estarão em vigor as garantias do seguro, após vencidas as carências, quando for o caso.

## 2 OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1** O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização limitada ao Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) do Segurado ou, ao próprio, conforme o caso, estando a apólice e as respectivas coberturas em vigor na data da ocorrência de evento previsto na apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos, e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e Especiais.**

## 3 GARANTIAS DO SEGURO

### 3.1 COBERTURA BÁSICA

#### 3.1.1 MORTE ACIDENTAL

- 3.1.1.1** Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao Capital Segurado individual na ocorrência de morte do Segurado Principal, causada exclusivamente por acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e Especiais.**

### 3.2 COBERTURAS ADICIONAIS

#### 3.2.1 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

- 3.2.1.1** Garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

**3.2.1.2** Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir, limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado individual para cobertura básica.

<b>TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO</b>	
<b>Invalidez Permanente Total por Acidente</b>	
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 um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
<b>Invalidez Permanente Parcial por Acidente</b>	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado
<b>Diversas</b>	
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
<b>Membros Superiores</b>	
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 respectivo dedo.	
<b>Membros Inferiores</b>	
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 deste dedo; e dos demais dedos: indenização 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	
<b>Perda do uso de membros sem perda anatômica</b>	
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
<b>MANDÍBULA</b>	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
- em grau mínimo	05
- em grau médio	10
- em grau máximo	20
<b>NARIZ</b>	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
<b>APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO</b>	
Diplopia	15
<b>Lesões das vias lacrimais</b>	
Unilateral	7
Bilateral	14
Unilateral com fístulas	15
Bilateral com fístulas	25
<b>Lesões da pálpebra</b>	
Ectrópio unilateral	3
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
<b>APARELHO DA FONAÇÃO</b>	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	20
<b>SISTEMA AUDITIVO</b>	
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	12
<b>PERDA DO BAÇO</b>	
<b>APARELHO URINÁRIO</b>	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Incontinência urinária permanente	30
Cistostomia (definitiva)	30
<b>Perda de um rim, com rim remanescente</b>	
- com função renal preservada	25
- com redução da função renal (não dialítica)	50
- com redução da função renal (dialítica)	75
<b>Perda de rim único</b>	75

<b>APARELHO GENITAL E REPRODUTOR</b>	
Perda de um testículo	06
Perda de dois testículos	12
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	06
Perda de dois ovários	12
Perda total do útero antes da menopausa	30
Perda total do útero depois da menopausa	10
<b>PESCOÇO</b>	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	18
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
Traqueostomia definitiva	40
<b>TÓRAX</b>	
<b>APARELHO RESPIRATÓRIO</b>	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
<b>Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)</b>	
- com função respiratória preservada	12
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
<b>MAMAS (FEMININAS)</b>	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
<b>ABDÔMEN (ÓRGÃO E VÍSCERAS)</b>	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
<b>INTESTINO DELGADO</b>	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
<b>INTESTINO GROSSO</b>	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
<b>RETO E ÂNUS</b>	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	40
<b>FÍGADO</b>	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	75
<b>SÍNDROMES NEUROLÓGICAS</b>	
Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20
Epilepsia pós-traumática	20
Síndrome pós-concussional	5

**3.2.1.2.1** 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 acima, para sua perda total, em função do grau de redução funcional apresentado.

**3.2.1.2.2** Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

**3.2.1.2.3** Nos casos não especificados na tabela constante do item 3.2.2.2, a indenização é estabelecida, tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

**3.2.1.2.4** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização é calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

**3.2.1.2.5** Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para a sua perda total.

**3.2.1.2.6** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deverá ser deduzida do grau da invalidez definitiva.

**3.2.1.2.7** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente por Acidente.

**3.2.1.3** A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames complementares de avaliação da invalidez e/ou do nível da incapacidade.

**3.2.1.3.1** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

**3.2.1.4** 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.

**3.2.1.4.1** A junta médica de que trata o item anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

**3.2.1.4.2** Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

**3.2.1.4.3** O prazo de constituição para a junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

### **3.2.1.5 Reintegração do Capital Segurado**

**3.2.2.5.1** A Seguradora procederá a reintegração do Capital Segurado da cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, sem cobrança de prêmio adicional, sempre que houver pagamento de indenização por sinistro decorrente de acidente pessoal coberto, exceto no caso de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, ocasião em que não ocorrerá a referida reintegração.

## **3.2.2 CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE**

**3.2.2.1** Garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização correspondente a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado individual para cobertura básica, no caso de falecimento, causado exclusivamente por acidente, do seu cônjuge ou companheiro (a).

**3.2.2.2** Para fins desta cobertura, equipara-se ao cônjuge o companheiro(a) do(a) Segurado(a) Principal, se ao tempo do contrato o(a) Segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou já se encontrava separado(a) de fato.

**3.2.2.3** Deverão ser observadas as seguintes condições, para efeito desta cobertura:

- a) os Segurados que vierem a contrair casamento ou estabelecer vida conjugal, durante a vigência do seguro, farão jus a esta cobertura suplementar;
- b) não será devida a indenização prevista nesta cobertura se não comprovado o casamento ou vida conjugal.

**3.2.2.4** Optando a Empresa Contratante pela contratação da Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, a mesma abrangerá todo o grupo segurado, observadas as condições previstas no item 3.2.2.3.

### **3.2.3 COBERTURA PARA DOENÇAS GRAVES - CDG**

**3.2.3.1** Garantia do pagamento em vida, ao Segurado Titular, de uma indenização correspondente a 30% (trinta por cento) do Capital Segurado individual para cobertura básica, caso o mesmo venha a apresentar estágio avançado de doença coberta, **após vencida a carência obrigatória de 180 (cento e oitenta) dias, para o primeiro diagnóstico de qualquer dessas doenças cobertas.**

**3.2.3.2** Farão jus a essa cobertura os Segurados que tenham ingressado na apólice com até 60 (sessenta) anos completos, e que tenham, no máximo 65 (sessenta e cinco) anos completos, na data da ocorrência do sinistro.

**3.2.3.3** Todas as Condições Especiais da Cobertura para Doenças Graves – CDG encontram-se no Anexo I.

### **3.3 COBERTURA ESPECIAL**

#### **3.3.1 AUXÍLIO - ALIMENTAÇÃO**

**3.3.1.1** Garante o pagamento de uma indenização no valor de R\$ 1.000,00 (um mil reais), a título de Auxílio-Alimentação, em caso de Morte do Segurado Principal, causado exclusivamente por acidente, ou sua Invalidez Permanente e Total por Acidente, **desde que devidamente cobertas e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

**3.3.1.2** No caso de morte do Segurado, a indenização é devida ao cônjuge sobrevivente, ou, na sua falta, a seu(sua) filho(a) mais jovem. Aplicar-se-á na falta de ambos (cônjuge e filhos), a ordem estabelecida no artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro, privilegiando, nesse caso, a pessoa mais idosa.

**3.3.1.3** No caso de Invalidez Permanente e Total por Acidente, o pagamento da indenização é feito ao próprio Segurado. Caso o mesmo se encontre impossibilitado de receber a indenização, o pagamento é feito a quem legalmente o represente nos atos da vida civil.

### **3.4 OPÇÕES DE CONTRATAÇÃO**

**3.4.1** A Empresa Proponente poderá escolher livremente no ato do preenchimento da Proposta de Contratação, as coberturas que irão compor o seguro, desde que observadas as seguintes condições:

- a) deverá haver contratação de no mínimo a cobertura básica;
- b) as coberturas adicionais poderão ser contratadas conforme decisão da Empresa Proponente, observados os limites de cada uma, constantes nestas Condições Gerais e Especiais;
- c) farão jus, automaticamente, à cobertura especial de Auxílio-Alimentação todas as Empresas que aderirem ao CAIXA SEGURO VIDA Empresarial.

### **3.5 NÃO ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**

- 3.5.1** As indenizações por Invalidez Permanente por Acidente e Morte não se acumulam. Se, depois de paga a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por Morte.

## **4 RISCOS EXCLUÍDOS**

### **4.1 Estão excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos relacionados a, ou ocorridos em consequência de:**

- a) 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) atos ou operações de guerra, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas provenientes, exceto se decorrentes da prestação do serviço militar, declarados ou não, ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) epidemias oficialmente reconhecidas por autoridade competente nacional ou internacional;
- e) envenenamento de caráter coletivo;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, prazo este contado conforme disposto no item 7.3;
- g) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante, de um ou de outro.

### **4.2 Além dos riscos excluídos mencionados no item 4.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, os eventos ocorridos em consequência de:**

- a) ato reconhecidamente perigoso, exceto se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;
- c) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso do álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- d) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- e) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- f) parto, aborto e suas conseqüências;
- g) choque anafilático e suas conseqüências.

### **4.3 CLÁUSULA ADICIONAL DE EXCLUSÃO PARA ATOS DE TERRORISMO**

- 4.3.1** No presente seguro, fica entendido e concordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, independentemente de seu propósito.

## **5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

5.1 Estão cobertos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

## 6 ACEITAÇÃO DO SEGURO

### 6.1 GRUPO SEGURÁVEL

6.1.1 Este seguro destina-se a empresas (pessoas jurídicas) que buscam oferecer um seguro de Acidentes Pessoais aos seus empregados ativos, vinculados por meio de contrato de trabalho regido pelas normas estipuladas na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho).

6.1.2 Respeitados os limites previstos nestas Condições Gerais e Especiais, este seguro deverá ser contratado para todas as pessoas vinculadas à Empresa Proponente, constantes na relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social).

6.1.3 As empresas que fizerem a adesão ao seguro deverão ter, em seu quadro funcional, no mínimo 3 (três) empregados.

### 6.2 GRUPO SEGURADO

6.2.1 É o conjunto de todos os componentes do grupo segurável efetivamente aceitos pela Seguradora segundo estas Condições Gerais e Especiais.

### 6.3 ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

6.3.1 Somente serão aceitos neste seguro as pessoas físicas que, na data da adesão ao seguro:

- a) tenham no máximo 70 (setenta) anos completos;
- b) sejam empregados vinculados à Empresa Contratante por meio de contrato de trabalho regido pelas normas estipuladas na CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), desde que em plena atividade de trabalho.
- c) Constarem na Relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência social).

6.3.2 Não poderão participar do seguro bem como não serão considerados como componentes do grupo segurado para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que constante da GFIP/SEFIP, as pessoas enquadrarem nas seguintes situações:

- a) as pessoas com idade superior a 70 anos na data de início de vigência do seguro coletivo, ou na data do início de vigência individual;
- b) os empregados que estiverem aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência da apólice, ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, exceto os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade laborativa junto à Empresa Contratante, e que sejam constantes da relação GFIP/SEFIP.

6.3.3 Cabe à Empresa Contratante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais, para a inclusão dos segurados constantes da GFIP/SEFIP isentando, expressamente, a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos

### 6.4 NORMAS DE ACEITAÇÃO

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

- 6.4.2** Observada a regulamentação específica em vigor, a(s) Proposta(s) recebida(s) pela Seguradora com todos os elementos essenciais à análise e aceitação do risco, será(ão) considerada(s) integralmente aceita(s), caso a Seguradora contra ela(s) não se manifeste(m) expressamente, explicitando o(s) motivo(s) da recusa, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, que corresponde à data da autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento.
- 6.4.3** Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na Proposta são insuficientes para a análise da aceitação. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.
- 6.4.3.1** A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação, assinada pela Empresa Proponente, poderá ser feita apenas uma vez durante o prazo previsto nos itens 6.4.2 e 6.4.3, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos para avaliação.
- 6.4.4** Durante o prazo estabelecido nos itens 6.4.2 e 6.4.3, limitado, conforme o caso, à data em que a Seguradora recusar a Proposta, será concedida cobertura, para os eventos decorrentes de acidentes pessoais, ressalvadas as hipóteses de exclusão e demais disposições previstas nestas Condições Gerais e Especiais.
- 6.4.5** No caso da não-aceitação da(s) Proposta(s) no prazo de 15 (quinze) dias, a mesma será comunicada por escrito, e o valor pago antecipadamente será restituído pela Seguradora, atualizado monetariamente pelo IPCA/IBGE – Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a contar da data do pagamento até a data da efetiva restituição, de acordo com a legislação em vigor.
- 6.4.6** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

## **7 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

- 7.1** O presente seguro terá vigência de 05 (cinco) anos, podendo ser renovado pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 13 destas Condições Gerais e Especiais, que tratam do Cancelamento do Seguro.
- 7.1.1** A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, sendo que para as renovações posteriores, deverá haver manifestação expressa do Estipulante.
- 7.1.1.1** A renovação automática não se aplicará, caso o Estipulante ou a Seguradora manifestem expressamente o seu desinteresse na continuidade do plano, mediante comunicação prévia de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 7.1.2** A renovação que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 7.1.3** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 7.2** O início de vigência da apólice se dará na data expressa do contrato de seguro coletivo firmado entre a Seguradora e o Estipulante.

**7.3** Observada a regulamentação específica em vigor, a vigência do seguro terá seu início, às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da Proposta de Contratação, evidenciada pela autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento, observado o disposto no item 6.4.

**7.3.1** Para os empregados que forem admitidos após o início de vigência do seguro, a cobertura individual terá seu início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da sua admissão.

**7.4** Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do seguro cessa automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas da data do término de vigência da apólice, observadas as renovações previstas no item 7.1 ou, no decorrer de sua vigência, se ocorrer uma das situações previstas no item 13 destas Condições Gerais e Especiais, que tratam do Cancelamento do seguro.

## **8 CAPITAL SEGURADO GLOBAL**

**8.1** A Empresa Contratante poderá escolher livremente o Capital Segurado Global.

**8.2** Será considerado para efeito de cálculo de indenização, o Capital Segurado Individual vigente na data da ocorrência do sinistro coberto, a qual corresponderá:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, à data do acidente; e
- b) para as demais coberturas previstas na apólice, à data da ocorrência do sinistro coberto, caracterizada conforme cada caso, de acordo com estas Condições Gerais e Especiais.

**8.2.1** Para efeito de apuração do Capital Segurado Individual, deverá ser apresentada à Seguradora a relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) completa, incluindo a relação dos empregados constantes no arquivo SEFIP, relativa ao mês de ocorrência do evento coberto, de acordo com o item 8.2.

**8.2.1.1** O capital segurado para a garantia do cônjuge, quando contratada, será equivalente a 50% (cinquenta por cento) aplicável à garantia básica do respectivo segurado principal.

**8.3** Se a quantidade de empregados se alterar durante a vigência do seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação de empregados, o Capital Segurado Individual será automaticamente ajustado, rateando-se o Capital Segurado Global de forma proporcional ao novo número de empregados.

**8.4** Caso a empresa deseje restabelecer os valores de Capital Segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração através de Formulário próprio.

## **9 PRÊMIO DO SEGURO**

**9.1** O prêmio do seguro será calculado de acordo com a escolha da Empresa Proponente quanto às Coberturas e Capital(is) Segurado(s) contratados, sendo apresentado no momento da contratação.

### **9.2 PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**9.2.1** A periodicidade de pagamento dos prêmios do seguro será mensal.

- 9.2.2** Os prêmios do seguro poderão ser pagos por meio de débito automático em conta corrente ou poupança da CAIXA ECONÔMICA FEDERAL expressamente indicada pela Empresa Contratante, ou no vencimento da fatura de qualquer um dos cartões de crédito comercializados pela CAIXA ECONÔMICA FEDERAL indicado pela Empresa Contratante.
- 9.2.2.1** Para os casos de opção pelo débito em conta corrente ou poupança, será facultada a escolha do dia de vencimento, de 1º a 28 do mês, para quitação das parcelas subseqüentes do prêmio.
- 9.2.2.2** Para os casos em que houver opção pelo pagamento por meio de cartão de crédito, e que por qualquer motivo não seja possível efetivar a cobrança do seguro nesta forma, será esta alterada automaticamente para a cobrança por débito em conta, adotando como dia do débito o dia do vencimento da fatura do cartão de crédito indicado.
- 9.2.2.2.1** Caso seja de vontade da Empresa Contratante retomar a cobrança por cartão de crédito, este deverá solicitar formalmente em agência da CAIXA.
- 9.2.3** Caso a data de vencimento do prêmio ocorra em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subseqüente, sem acréscimo de valor.
- 9.2.4** O prêmio mínimo por Proposta de Contratação, não poderá ser inferior a R\$ 40,00 (quarenta reais).
- 9.2.5** O prêmio do período em atraso será cobrado acrescido de juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado à base *pro rata* dia, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento e, adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do prêmio não pago, com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 9.2.5.1** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.
- 9.2.6** Ocorrendo insuficiência de saldo na conta bancária indicada pela Empresa Contratante, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para efeito do que dispõem os itens 12 e 13.
- 9.2.7** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido efetuado.

## **9.3 FORMA DE CUSTEIO**

- 9.3.1** Este seguro será contratado com a forma de custeio não contributivo.

## **10 ATUALIZAÇÃO DE VALORES**

- 10.1** Os Capitais Segurados e o prêmio do seguro serão atualizados anualmente, com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.
- 10.2** Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.

## 11 REGIME FINANCEIRO

- 11.1 Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla resgate ou devolução de prêmios pagos pela Empresa Contratante.

## 12 TOLERÂNCIA EM CASO DE INADIMPLEMENTO

- 12.1 Caso ocorra(m) sinistro(s) estando a Empresa contratante em atraso com o pagamento do prêmio do seguro, por prazo não superior a 90 (noventa) dias consecutivos, contados da data do vencimento da primeira parcela não paga, o pagamento da(s) indenização(ões) devida estará(ão) condicionada(s) a(o):
- recebimento pela Seguradora dos documentos necessários à comprovação do sinistro, de acordo com o item 14 – Habilitação à Indenização;
  - comprovação pela Seguradora do sinistro coberto, observado o item 15 - Perda de Direito e demais cláusulas destas Condições Gerais e Especiais; e
  - quitação do(s) prêmio(s) em atraso atualizado(s) conforme item 9.2.5.
- 12.2 Os sinistros ocorridos após o prazo de tolerância previsto no item 12.1, de 90 (noventa) dias, não serão passíveis de cobertura, ocorrendo neste caso, a perda de direito à indenização conforme dispõe o artigo 763 do Código Civil Brasileiro.

## 13 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 13.1 O presente contrato de seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 13.2 Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, a apólice estará cancelada, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos da Seguradora, nas seguintes situações:
- pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais e Especiais;
  - se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante ou Subestipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.
- 13.3 O contrato de seguro firmado entre a Empresa Contratante e a Seguradora será cancelado automaticamente mediante as seguintes ocorrências:
- com 03 (três) parcelas mensais consecutivas pendentes de pagamento;
  - por solicitação expressa da Empresa Contratante informando que não mais deseja continuar no seguro, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo, condicionado à anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 13.4 A cobertura individual cessa automaticamente ao final do prazo da vigência da apólice se esta não for renovada, ou ainda:
- com o desaparecimento do vínculo do Segurado com a Empresa Contratante;
  - com a morte do Segurado;
  - pela tentativa de o Segurado, seu(s) Beneficiário(s) ou o Representante Legal de um ou de outro impedir(em) ou dificultar(em) quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
  - na hipótese de o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), ou ainda, o Representante Legal ou o(s) Preposto(s) de um ou de outro agir(em) com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda, para obter ou para majorar a indenização.

- 13.4.1** Ocorrendo dolo, fraude ou simulação, conforme previsto na alínea “d” do item 13.4, não haverá restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.
- 13.5** A cobertura do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:
- a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal por qualquer que seja a causa;
  - b) com a perda da condição de Segurado Dependente, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora.
- 13.6** O pagamento de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento do seguro não implica reabilitação das garantias nem gera qualquer efeito, ficando esse valor à disposição da Empresa.

## **14 HABILITAÇÃO À INDENIZAÇÃO**

- 14.1** Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s) comprovar(em) satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições Gerais e Especiais, item 14.9, bem como serem esclarecidas todas as circunstâncias com ele relacionadas.
- 14.2** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente contrato de seguro, contado a partir do recebimento pela Seguradora de toda a documentação mencionada no item 14.9.
- 14.2.1** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) Beneficiário(s), o prazo mencionado no item 14.2 será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora desses documentos, informações ou esclarecimentos.
- 14.3** As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação, bem como aquelas efetuadas com tratamentos clínicos ou cirúrgicos, consultas médicas ou exames complementares, correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
- 14.4** As providências ou atos que a Seguradora praticar não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.
- 14.5** Para efeito de cálculo de indenização, será considerado o Capital Segurado vigente na data de ocorrência do sinistro, conforme descrito no item 8.2 destas Condições Gerais e Especiais.
- 14.6** Em caso do não pagamento da indenização devida no decurso do prazo definido no item 14.2, o valor será corrigido pelo IPCA/IBGE – Índice de Preço ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Em caso de extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado outro índice que vier a ser autorizado pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) ou outra autoridade competente.
- 14.7** O cálculo de atualização que trata o item 14.6 será efetuado com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da indenização, e aquele publicado imediatamente anterior à data de seu efetivo pagamento.
- 14.8** Incidirão juros de mora à taxa de 0,5% (meio por cento) ao mês, *pró rata* dia, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no item 14.2.

## 14.9 DOCUMENTOS PARA HABILITAÇÃO À INDENIZAÇÃO

**14.9.1** Para habilitação ao pagamento da indenização devida em razão de sinistro coberto por este seguro, sua ocorrência deverá ser imediatamente comunicada, e ainda encaminhados à Seguradora os documentos a seguir relacionados:

### 14.9.2 Em caso de Morte por Acidente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro por Morte fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo Médico Assistente. Este último deverá ter a assinatura reconhecida em cartório no referido documento;
- b) relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social), incluindo a relação dos empregados constantes no arquivo SEFIP, referente ao mês da ocorrência do evento;
- c) cópia autenticada em cartório da Certidão de Óbito do Segurado;
- d) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do Segurado: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;
- e) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do(s) Beneficiário(s): Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado, e/ou Certidão de Nascimento, quando menor de idade;
- f) na falta de indicação de Beneficiário(s);
- g) Declaração do(s) Herdeiro(s) Legal(is) do Segurado, com assinatura dos mesmos reconhecida em cartório no referido documento;
- h) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do(s) Herdeiro(s) Legal(is) do Segurado: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;
- i) comprovação do estado civil do Segurado: Certidão de Casamento atualizada e emitida após a ocorrência do sinistro ou; no caso de o Segurado ter falecido em situação de convivência marital: Declaração emitida pelo órgão previdenciário, Declaração Pública de Convivência Marital firmada em cartório e/ou outro(s) documento(s) que certifiquem essa situação.
- j) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- k) cópia autenticada do Laudo do IML - Instituto Médico Legal / Exame Cadavérico / Necropsia;
- l) cópia autenticada dos exames subsidiários ao Laudo do IML (ex.: alcoolemia, toxicológico ou anátomo-patológico);
- m) cópia autenticada do Laudo Pericial realizado na ocasião do acidente, emitido pela autoridade policial competente;
- n) cópia autenticada em cartório da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pelo Segurado.

### 14.9.3 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro por Invalidez Permanente fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu Responsável Legal e pelo Médico Assistente. Este último deverá ter a assinatura reconhecida em cartório no referido documento;
- b) relação GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social), incluindo a relação dos empregados constantes no arquivo SEFIP, referente ao mês da ocorrência do evento;
- c) cópia autenticada em cartório dos documentos de identificação do Segurado: Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência atualizado;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f) cópia autenticada em cartório da carteira de habilitação, em caso de acidente com veículo terrestre, aéreo ou náutico, conduzido pelo Segurado;
- g) Laudo de Alta Médica definitiva;

h) Documentos médicos comprobatórios da situação clínica do Segurado, após o acidente, como: exames clínicos, radiografias, laudos de tomografia, e outros julgados necessários para a comprovação da invalidez.

**14.9.4** Fica entendido e acordado que mediante dúvida fundada e justificável, observadas as necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do sinistro.

## **14.10 RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES**

**14.10.1** Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

## **15 PERDA DE DIREITO**

**15.1** A Seguradora não pagará nenhuma indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Subestipulante, do Corretor de Seguros, do Segurado, do(s) seu(s) Beneficiário(s), ou ainda do Representante Legal ou Preposto(s) de um ou de outro:

- a) inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, bem como na regulação do sinistro;
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- c) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- d) inobservância do artigo 768 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito às garantias do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- e) não fornecimento da documentação solicitada.

**15.2** Se constatado que a inexatidão ou a omissão nas declarações prestadas, conforme mencionado no item 15.1 alínea "a", não resultou de má-fé, a Seguradora poderá:

**15.2.1** 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.

**15.2.2** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando a diferença de prêmio cabível;
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

**15.2.3** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando a diferença de prêmio cabível.

**15.3** A Empresa Contratante é obrigada a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, sobre todo ou parte de qualquer incidente suscetível de agravar ou alterar o risco coberto, como: mudança de atividade (da Empresa ou de seus empregados) ou das informações prestadas na Proposta de Contratação, sob pena de perder o direito às garantias do seguro, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769 do Código Civil Brasileiro.

- 15.3.1** Comunicada a respeito de qualquer incidente, a Seguradora poderá cancelar a cobertura do seguro, mediante comunicação por escrito à Empresa Contratante, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da alteração do risco.

## **16 BENEFICIÁRIOS**

- 16.1** O Segurado Principal pode, a qualquer tempo, indicar por escrito o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para o recebimento do Capital Segurado no caso de sua morte devidamente coberta pela apólice. Poderá ainda, substituir o(s) Beneficiário(s) do seguro, incluir outro(s) e/ou complementar as indicações, por escrito e por meio de formulário próprio, a ser obtido nas agências da CAIXA ECÔNOMICA FEDERAL.
- 16.1.1** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiário(s) recebida pela Seguradora antes da ocorrência do sinistro.
- 16.2** Não havendo indicação expressa de Beneficiário(s), a indenização será paga por metade ao cônjuge não separado(a) judicialmente ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a), e o restante ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) do(a) Segurado(a) Principal, conforme disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.
- 16.3** No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, o(a) Beneficiário(a) do seguro será o(a) próprio(a) Segurado(a) Principal. Caso o(a) mesmo(a) se encontre impossibilitado(a) de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente o(a) represente nos atos da vida civil.
- 16.4** Caso o Segurado Principal venha a óbito em decorrência de acidente que já tenha gerado indenização relativa à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a indenização complementar devida pelo falecimento, observado o item 3.5 e as demais cláusulas destas Condições Gerais e Especiais, será paga ao(s) Beneficiário(s) designado(s) pelo mesmo, ou na sua falta, por metade ao cônjuge não separado(a) judicialmente ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a), e o restante ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) do Segurado Principal, conforme disposto nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro.
- 16.5** Na hipótese de morte simultânea do(a) Segurado(a) Principal e do Segurado(a) Dependente, a indenização referente à Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge será devida aos Beneficiário(s) designado(s) pelo Segurado Principal ou, na sua falta, ao(s) Herdeiro(s) Legal(is) do mesmo, obedecida a ordem de vocação hereditária, desde que contratada e vigente a referida cobertura.

## **17 SUB ROGAÇÃO**

- 17.1** Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados, por qualquer forma, os direitos decorrentes desta apólice de seguro.

## **18 ALTERAÇÃO CONTRATUAL**

- 18.1** Qualquer modificação na apólice, estando ela em vigor, que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

## **18.2 REVALIDAÇÃO DO SEGURO**

- 18.2.1** Na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, que torne o seguro incompatível com as condições mínimas de

manutenção, a Seguradora e o Estipulante poderão a qualquer tempo renegociar novas taxas comerciais que restabeleçam o equilíbrio financeiro da apólice.

- 18.2.1.1** A alteração prevista no item 18.2.1 ocorrerá por meio de aditamento do contrato de seguro. Qualquer modificação na apólice, estando ela em vigor, que acarrete ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

## **19 ESTIPULANTE**

- 19.1** Este Seguro é garantido pela CAIXA SEGURADORA S.A., inscrita no CNPJ/MF sob o nº 34.020.354/0001-10, conforme apólice emitida em nome do Estipulante FEDERAÇÃO NACIONAL DAS ASSOCIAÇÕES DE PESSOAL DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL - FENAE, ao qual fica concedido o direito de agir em seu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice.

## **20 PRESCRIÇÃO**

- 20.1** Qualquer pretensão do Segurado ou do Beneficiário com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos no Código Civil Brasileiro.

## **21 DISPOSIÇÕES GERAIS**

- 21.1** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 21.2** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo e CNPJ.
- 21.3** O Proponente ao assinar a Proposta expressa formalmente sua intenção de adquirir o seguro e que tem conhecimento integral do conteúdo destas Condições Gerais e Especiais.
- 21.4** **Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos desta apólice.**

## **22 FORO**

- 22.1** Quaisquer questões judiciais que se apresentem, terão como foro eleito o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.
- 22.2** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

## **23 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

- 23.1** A propaganda e promoção do seguro, por parte do Estipulante, Subestipulante e/ou Corretor de Seguros, somente podem ser feitas com autorização expressa da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas de seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade da(s) informação(ões) contida(s) nas respectivas divulgações e por ela expressamente autorizadas.

## **24 CENTRAL DE RELACIONAMENTO**

**24.1** Para quaisquer informações e/ou esclarecimentos dispõem a Empresa Contratante, o Segurado, bem como seu(s) Beneficiário(s), da Central de Relacionamento, através do número 0800 702 4000 (ligação gratuita).

## **25 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE**

### **25.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:**

- I fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- II manter a sociedade Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- III fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- IV repassar ao Segurado todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- V discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- VI comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VII dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- VIII comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- IX fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- X dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais e Especiais, enviando-lhes cópia integral.

## **26 RATIFICAÇÃO**

**26.1** As presentes Condições Gerais e Especiais fazem parte integrante do contrato de seguro.

## 1. SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL – SAF

### 1.1 GARANTIAS

#### 1.1.1 Garantia Básica

Garante, em caso de falecimento do Segurado Principal, seu cônjuge e seus filhos com até 21 (vinte e um) anos, por qualquer que tenha sido a causa, a prestação dos Serviços de Assistência Funeral - SAF, conforme a seguir:

**1.1.1.1 Atendimento e organização do funeral** - organização do funeral do Segurado e a cerimônia fúnebre, de acordo com as especificações abaixo. Religião e ética são respeitadas de acordo com a solicitação do cliente, na hora em que acionar o SAF.

**1.1.1.2 Traslado até o domicílio do Beneficiário** - funeral composto de urna com ou sem visor, uma coroa de flores, ornamentação de urna, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório (não incluído serviço de embalsamento); sepultamento no jazigo da família ou em jazigo cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério por esta escolhido, por um período de três anos, tempo necessário para exumação; cremação na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima. Envio de cinzas à família.

### 1.2 GARANTIAS ADICIONAIS

**1.2.1 Transporte ou repatriamento do falecido** - se o Segurado falecer em viagem internacional, é garantida a prestação de serviços para todas as formalidades para traslado do corpo, incluindo o fornecimento de urna do tipo comum, adequada a tal transporte.

**1.2.2 Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso** - dentro do território nacional, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio ou até local de sepultamento no Brasil.

**1.2.3 Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório** - participação do falecimento às autoridades competentes e acionará sua rede de prestadores de serviço responsáveis pelo tratamento das formalidades de liberação do corpo e do registro do óbito em cartório.

**1.2.4 Transmissão de mensagens urgentes** - relacionadas aos serviços que serão prestados, que lhe sejam solicitados pelo cônjuge do segurado, descendentes ou outro parente.

### 1.3 SEGURADOS

**1.3.1** Serão aceitos como Assistidos pelo SAF FAMILIAR os segurados principais, seu cônjuge e seus filhos, com até 21 (vinte e um) anos.

### 1.4 LIMITAÇÕES E EXCLUSÕES

**1.4.1** Este benefício ficará sempre limitado à prestação de Serviços de Assistência Funeral, não se aplicando o reembolso das despesas de qualquer natureza.

### 1.5 COMUNICAÇÃO DE ÓBITO

**1.5.1** Para acionar o SAF, a família, ou responsável, deverá discar: **0800 702 4000**.

## CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA PARA DOENÇAS GRAVES - CDG

### 1 OBJETO

1.1 Garantia do pagamento em vida, ao Segurado Titular, com idade limite para ingresso de 60 (sessenta) anos completos, de uma indenização correspondente a 30% (trinta por cento) do Capital Segurado individual para cobertura básica, não descontada da Garantia Básica, caso o mesmo venha a apresentar estágio avançado, **após vencida a carência obrigatória de 180 (cento e oitenta) dias, para o primeiro diagnóstico de qualquer das doenças cobertas.**

1.1.1 Farão jus a essa cobertura os segurados com idade limitada em 65 (sessenta e cinco) anos completos, na data da ocorrência do sinistro.

### 2 DOENÇAS COBERTAS

A Cobertura para Doenças Crônicas Graves - CDG é prevista para o caso de o Segurado Titular vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

- Doenças Cardíacas Crônicas Graves
- Doenças Pulmonares Crônicas Graves
- Doenças Renais Crônicas Graves
- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS)
- Doenças Neoplásicas Malignas
- Paralisia Irreversível e Incapacitante
- Doença de Parkinson
- Doenças Hepáticas Crônicas Graves
- DORT/LER em estágio crônico e avançado

#### 2.1 Critérios de Reconhecimento dos Estágios Avançados das Doenças Cobertas

Para efeito de reconhecimento dos estágios crônicos avançados das patologias cobertas, deverão ser seguidos os critérios apresentados a seguir.

**Importante:** Todas as doenças decorrentes de acidentes pessoais não estão garantidas por essa cobertura.

### 3 CARDIOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS CARDÍACAS CRÔNICAS GRAVES)

3.1 São consideradas Cardiopatias Crônicas Graves as patologias cardíacas que limitam progressivamente a capacidade física, funcional e profissional, implicando em redução da expectativa de vida, não obstante tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado, ou quando pode induzir à morte prematura.

3.2 **A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em graus assim descritos:**

Grau I- Pacientes portadores de doença cardíaca sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca sintomas de fadiga acentuada, palpitações, dispnéia ou angina do peito;

Grau II- Pacientes portadores de doença cardíaca com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém as atividades físicas ordinárias provocam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito;

Grau III- Pacientes portadores de doença cardíaca com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, apresentando, porém, fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito quando efetuam pequenos esforços;

Grau IV- Pacientes portadores de doença cardíaca que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes mesmo em repouso apresentam fadiga, dispnéia, palpitações ou angina do peito.

**3.3 Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional cardíaca são os seguintes:**

- a) história clínica;
- b) exame clínico;
- c) eletrocardiograma basal;
- d) teste de esforço cardiológico (ergométrico);
- e) ecocardiograma bidimensional.

**3.4** Se os métodos diagnósticos não forem suficientes para a definição do grau de incapacidade funcional cardíaca, deverão ser utilizados recursos laboratoriais adicionais, métodos gráficos, estudos hemodinâmicos e outros que a Medicina Especializada venha a exigir.

**3.5** Os achados fortuitos, em determinados exames complementares, não são suficientes para o enquadramento como Cardiopatia Crônica Grave, se não estiverem vinculados a elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença cardíaca incapacitante.

**3.6 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS**

**3.6.1** Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Cardiopatias Crônicas Graves os Segurados que apresentarem limitação de sua capacidade funcional cardíaca nos graus III e IV da classificação descrita no subitem 3.2.

**3.6.2** Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Cardiopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade, relacionados com a patologia em questão:

**CARDIOPATIA ISQUÊMICA**

**I - Quadro Clínico**

- 16 Anginas classes III e IV da NYHA, apesar da terapêutica
- 17 Insuficiência Cardíaca
- 18 Arritmias graves associadas (comprovadas ao ECG + HOLTER)

**II - Eletrocardiograma basal**

- 19 Zona elétrica inativa (dependente da localização e magnitude)
- 20 Alterações isquêmicas de ST-T
- 21 Distúrbios significativos da condução atrioventricular ou intraventricular
- 22 Hipertrofia Ventricular Esquerda significativa
- 23 Fibrilação Atrial crônica
- 24 Arritmias Ventriculares complexas (associadas ao Holter)

**III - Radiografia do Tórax**

- 25 Cardiomegalia
- 26 Congestão veno-capilar pulmonar

**IV - Teste Ergométrico**

- 27 Limitação da capacidade funcional (< 5 MET)
- 28 Angina em baixa carga (< 5 MET)
- 29 Infradesnível do segmento ST:
  - precoce (baixa carga)
  - acentuado ( $\geq 3$  mm)
  - Morfologia horizontal ou descendente
  - Múltiplas derivações
- 30 Duração prolongada (> 6 min. na recuperação)
- 31 Supradesnível de ST, sobretudo em área não relacionada a infarto prévio
- 32 Comportamento anormal da pressão diastólica (variação de PD  $\geq 30$  mm Hg)
- 33 Insuficiência cronotrópica (elevação inadequada da frequência cardíaca)
- 34 Sinais de disfunção ventricular esquerda associada ao esforço
- 35 Arritmias ventriculares, desde que associadas a outros sinais de resposta isquêmica

**V - Ecocardiograma basal**

- 36 Fração de ejeção  $\leq 0,40$  (valor específico para o método)
- 37 Alterações segmentares da contratilidade ventricular
- 38 Dilatação das câmaras cardíacas esquerdas, especialmente se associada a hipertrofia ventricular esquerda.
- 39 Complicações associadas: disfunção dos músculos papilares, insuficiência mitral, comunicação interventricular, pseudo-aneurismas, aneurismas, trombos intracavitários.

**VI - Ecocardiograma de esforço ou com procedimentos farmacológicos**

- 40 Aparecimento de alterações da contratilidade segmentar inexistentes no Eco basal
- 41 Acentuação das alterações de contratilidade preexistentes
- 42 Comportamento anormal da FE ao exercício (variação da FE < 5%)

**CARDIOPATIA HIPERTENSIVA**

- I - Com Insuficiência Cardíaca classes III ou IV da NYHA
- II - Com disfunção ventricular esquerda sistólica, com fração de ejeção  $\leq 0,40$
- III - Com Arritmias graves associadas
- IV - Cardiopatia Isquêmica associada

**MIOCARDIOPATIAS****1 - Hipertroficas**

- Hipertrofia moderada ou severa, com isquemia
- Cardiomegalia
- Insuficiência mitral importante
- Gradiente VE-AO > 50 mm Hg

**2 - Dilatadas**

- Tromboembolismo
- Cardiomegalia importante
- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV
- Bloqueio bi ou trifascicular sintomático

### 3 - Restritivas

- Tromboembolismo
- Cardiomegalia
- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV

## VALVOPATIAS

### I - Quadro Clínico

- Insuficiência Cardíaca - Classes III/IV
- Sopros > 3/6
- Síncopes
- Tromboembolismos
- Escarros Hemoptóicos
- Baixo débito cerebral
- Angina de peito

### II - Eletrocardiograma

- Sobrecargas importantes de câmaras
- Arritmias crônicas

### III - Radiografia de Tórax

- Cardiomegalia
- Congestão venocapilar pulmonar
- Hipertensão Pulmonar

### IV - Ecocardiograma

- Comprometimento significativo da Fração de Ejeção
- Sinais de Hipertensão Pulmonar
- Diminuição da área valvar
- Aumento dos gradientes transvalvares
- Dis ou Hipocinesias Ventriculares

## ARRITMIAS CARDÍACAS

- Bradiarritmias graves e sintomáticas
- Taquiarritmias graves e sintomáticas
- Síndrome de Pré-excitação, com alto risco de morte súbita, determinado por estudos invasivos
- Portadores de Marca-passo definitivo, cuja capacidade funcional se mantém limitada pela cardiopatia subjacente.

## COR – PULMONALE CRÔNICO

### I - Quadro Clínico

- Hipóxia cerebral e periférica
- Insuficiência Cardíaca Direita
- Dores anginosas

## II - Eletrocardiograma

- Sobrecarga importante de câmaras direitas

## III - Ecocardiograma

- Hipertensão Pulmonar  $\geq 60$  mm Hg
- Insuficiência Tricúspide importante

**3.6.3** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Cardiologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Cardiopatia Crônica Grave.

## 4 PNEUMOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS PULMONARES CRÔNICAS GRAVES)

**4.1** São consideradas Pneumopatias Crônicas Graves as patologias que reduzem a capacidade funcional do pulmão, ultrapassados os limites de eficiência dos mecanismos de compensação, impedindo o exercício de atividades normais dos pacientes e que, por sua natureza, implicam na redução da expectativa de vida.

**4.2** A avaliação da capacidade funcional do pulmão permite a distribuição dos pacientes em graus assim descritos:

Grau I - Pacientes portadores de doença pulmonar sem limitação da atividade física. A atividade física normal não provoca manifestações respiratórias, tais como fadiga ou dispnéia;

Grau II- Pacientes portadores de doença pulmonar com leve limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, porém, as atividades físicas ordinárias provocam fadiga ou dispnéia;

Grau III- Pacientes portadores de doença pulmonar com nítida limitação da atividade física. Esses pacientes sentem-se bem em repouso, apresentando, porém, fadiga ou dispnéia aos pequenos esforços;

Grau IV- Pacientes portadores de doença pulmonar que os impossibilitam de qualquer atividade física. Esses pacientes, mesmo em repouso, apresentam sintomas respiratórios.

**4.3 Os meios diagnósticos mínimos a serem empregados na avaliação da capacidade funcional pulmonar são os seguintes:**

- a) história clínica;
- b) exame clínico;
- c) radiografia de tórax (duas incidências: postero-anterior e perfil-esquerdo);
- d) espirometria;
- e) teste de esforço respiratório.

4.4 Se os métodos diagnósticos acima não forem suficientes para a definição do grau de incapacidade funcional pulmonar, deverão ser utilizados recursos laboratoriais adicionais, métodos gráficos, gasometria, outras provas de função pulmonar e outros recursos que a Medicina Especializada disponibilize.

4.5 Os achados fortuitos, em determinados exames complementares, não são suficientes para o enquadramento como Pneumopatia Crônica Grave, se não estiverem vinculados a elementos clínicos e laboratoriais que caracterizem uma doença pulmonar incapacitante.

#### 4.6 **NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS**

4.6.1 Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Pneumopatias Crônicas Graves os segurados que apresentarem limitação de sua capacidade funcional pulmonar nos graus III e IV da classificação descrita no subitem 4.2.

4.6.2 Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Pneumopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

##### **DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA**

- Quadro Clínico
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose constante
- Dispnéia importante
- Comprometimento Cardíaco (Cor-Pulmonale)
- Radiografia de Tórax
- Aumento do volume torácico
- Coração "em gôta"
- Cardiomegalia
- Hipotransparência pulmonar importante
- Provas de Função Respiratória
- Evidenciando Insuficiência Respiratória de Moderada a Grave

##### **DOENÇAS PULMONARES INFECCIOSAS**

###### **Tipos:**

- Tuberculose Ativa e Grave
- Micoses Pulmonares
- Quadro Clínico
- Dispnéia intensa
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose
- Febre
- Tosse produtiva
- Hemoptóicos
- Radiografia de Tórax
- Sinais radiológicos de grande comprometimento pulmonar
- Cavidades

- Derrames pleurais

### **DOENÇAS PULMONARES INFILTRATIVAS (exceto moléstias ocupacionais)**

#### **Tipos:**

- Fibrose Intersticial (pulmão em “favo de mel”)
- Sarcoidose
- Distúrbios Colágeno – vasculares
- Quadro Clínico
- Dispnéia intensa
- Insuficiência funcional Grau III/IV
- Cianose
- Sinais da doença de base (ex: Colágeno)
- Radiografia de Tórax
- Sinais radiológicos de grande comprometimento pulmonar
- Infiltrações significativas

**4.6.3** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Pneumologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Pneumopatia Crônica Grave.

## **5 NEFROPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS RENAIS CRÔNICAS GRAVES)**

**5.1** São consideradas Nefropatias Crônicas Graves as doenças renais de evolução crônica que, em caráter permanente, acarretam a insuficiência renal pela ocorrência de lesões funcionais graves, determinando a incapacidade para o trabalho e/ou risco de vida.

**5.2** As lesões de Nefropatia Crônica Grave são avaliadas pelos sinais e sintomas renais característicos e pelas alterações bioquímicas complementares, reconhecidas pela Medicina Especializada.

**5.3** Considerados os níveis de alteração da função renal e o grau de insuficiência renal, as Nefropatias cursam, conforme a seguinte classificação:

- a) Insuficiência Renal Leve – Classe I – quando apresenta:
  - Filtração glomerular entre 50 e 80 ml/min.;
  - Clearance de Creatinina maior que 50% do normal;
  - Creatinina sérica até 1,3 mg%.
- b) Insuficiência Renal Moderada – Classe II – quando apresenta:
  - Filtração glomerular entre 20 e 50 ml/min.;
  - Clearance de Creatinina de 25% a 50% do normal;
  - Creatinina sérica de 1,4 a 3,5 mg%.
- c) Insuficiência Renal Grave – Classe III – quando apresenta:
  - Filtração glomerular inferior a 20 ml/min.;
  - Clearance de Creatinina abaixo de 25% do normal;
  - Creatinina sérica acima de 3,5 mg%.

## **5.4 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS**

- 5.4.1** Para efeito dessa cobertura , são considerados portadores de Nefropatia Crônica Grave:
- Os pacientes portadores de Insuficiência Renal Moderada – Classe II, quando acompanhados de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa definitiva;
  - Os pacientes que cursam com Insuficiência Renal Grave – Classe III.
- 5.4.2** Além do previsto no item anterior, é necessário que o diagnóstico da Nefropatia Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

### **GLOMERULONEFRITE RAPIDAMENTE PROGRESSIVA**

#### **Tipos:**

- **Depósito não imune**
  - Vasculite
  - Poliarterite
  - Granulomatose de Wegener
  - Idiopática
- **Complexo Imune**
  - Pós-Infecioso
  - Pós-streptocócico
  - Abscesso Visceral
  - Doença Vascular Colágena
  - Nefrite Lúpica
  - Púrpura de Henoch-Schönlein
  - Doença Renal Primária
  - Nefropatia IgA
  - Glomerulonefrite membrano-proliferativa
- **Anticorpo Anti-membrana Basal**
  - Com hemorragia pulmonar (Síndrome de Goodpasture)
  - Sem hemorragia pulmonar
- **Quadro clínico**
  - Hipertensão Arterial Moderada a Grave
  - Edema
  - Oligúria
  - Insuficiência Renal Classes II/III
- **Exames Complementares**
  - Comprovantes da Insuficiência Renal Classes II/III
  - Comprovantes das causas agressoras renais
  - por exemplo : ASO
  - Histopatológico Renal por biópsia
  - Anticorpos anti –MBG
  - Diagnóstico imunológico

### **NEFROPATIA DIABÉTICA (exceto se causada por Diabetes Infanto-Juvenil ou preexistente ao início de vigência da cobertura para Doenças Crônicas Graves)**

- **Quadro Clínico**

- Concomitância com outros sítios lesados (por exemplo : Retinopatia Diabética , Vasculopatia periférica, Hipertensão Arterial Sistêmica)
- Insuficiência Renal Classes II/III

**NEFROPATIA HIPERTENSIVA (exceto se ocorrer em hipertensão moderada/grave preexistente ao início de vigência da cobertura para Doenças Crônicas Graves)**

• **Quadro Clínico**

- Concomitância com outros sítios lesados ( por exemplo : Retinopatia Hipertensiva , Vasculopatia periférica, Coronariopatia)
- Hipertensão Arterial Sistêmica Moderada/Grave
- Insuficiência Renal Classes II/III

**AMILOIDOSE RENAL**

• **Quadro Clínico**

- Concomitância com outros sítios lesados ( por exemplo : coração , fígado , etc.)
- Hipertensão Arterial
- Insuficiência Renal Classes II/III

• **Exames Complementares**

- Histopatológico: depósito de substância amilóide nos glomérulos
- Comprovantes laboratoriais de Síndrome Nefrótica

**NEFROPATIA POR OBSTRUÇÃO ARTERIAL E/OU VENOSA GRAVE (exceto se causada por acidente)**

• **Tipos**

- Infarto Renal
- Ateroembolismo Renal
- Necrose Cortical Renal
- Trombose de Veia Renal
- Nefrosclerose Maligna

• **Quadro Clínico**

- Dor nos flancos
- Náuseas , febre e vômitos
- Hematúria
- Insuficiência Renal Classes II/III

• **Exames Complementares**

- Histopatológico
- Urografia excretora
- Cintilografia renal
- Arteriografia

**PIELONEFRITE CRÔNICA GRAVE**

• **Quadro Clínico**

- História de infecções urinárias anteriores
- Dor lombar e febre
- Dor abdominal
- Urina purulenta/sanguinolenta

• **Exames Complementares**

- Cultura de urina positiva
- Urografia excretora
- Proteinúria
- Leucocitúria

**INSUFICIÊNCIA RENAL GRAVE POR RINS POLICÍSTICOS (desde que o primeiro diagnóstico da patologia de base tenha sido feito após o início de vigência da Cobertura para Doenças Crônicas Graves)**

- **Quadro Clínico**
  - Hematúria
  - Hipertensão Arterial
  - Infecções do Trato Urinário
  - Massas abdominais palpáveis
- **Exames Complementares**
  - Ecografia renal
  - Urografia excretora
  - Tomografia de Abdômen

**5.4.3** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Nefrologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Nefropatia Crônica Grave.

## **6 NEOPLASIA MALIGNA (CÂNCER DE MAU PROGNÓSTICO)**

**6.1 A malignidade das Neoplasias é resultante da identificação dos seguintes fatores:**

- a) alterações celulares próprias das neoplasias;
- b) capacidade de invasão tissular local;
- c) capacidade de propagação metastática;
- d) acometimento, tanto pela neoplasia quanto pelas metástases, de funções e de órgãos de importância vital e gravidade com risco de vida.

**6.2 O reconhecimento diagnóstico da Neoplasia Maligna dar-se-á pela utilização dos seguintes meios:**

- a) parecer médico especializado;
- b) biópsia com exame histopatológico;
- c) exame citológico, quando possível;
- d) exame radiológico, quando indicado;
- e) exame endoscópico, quando indicado;
- f) exame cintilográfico, quando possível.

## **6.3 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS**

**6.3.1 Para efeito dessa cobertura , são considerados portadores de Neoplasia Maligna, os segurados que, obedecidos os preceitos listados nos subitens 6.1 e 6.2:**

- Apresentarem Neoplasia Maligna de mau prognóstico a curto prazo;

- Forem considerados como inválidos para todo e qualquer trabalho em consequência do tratamento, mesmo quando extirpada a lesão neoplásica maligna.

**6.3.2** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Especialista que assista ao Segurado nas doenças do órgão ou sistema afetado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios reconhecidos internacionalmente para definição do estado de Neoplasia Maligna, específicos para cada tipo de câncer.

**6.3.3** Não serão considerados doentes crônicos graves e, portanto, não terão cobertura, os portadores de neoplasias de baixo grau de malignidade.

## **7 SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (SIDA/AIDS)**

### **7.1 CONCEITUAÇÃO**

A SIDA/AIDS é uma síndrome de imunodeficiência secundária, causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), que pode acometer qualquer indivíduo que apresente um comportamento considerado de risco, ou fique exposto a uma situação assim reconhecida, resultando em infecções oportunistas, doenças malignas e lesões neurológicas.

### **7.2 CLASSIFICAÇÃO E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**

**7.2.1** A infecção pelo HIV pode ser classificada de acordo com as manifestações clínicas e a contagem de linfócitos CD4.

**7.2.2** Quanto às manifestações clínicas os pacientes pertencem às seguintes categorias:

- Categoria “A”
- Infecção Assintomática – indivíduos com sorologia positiva para o HIV , sem apresentar sintomas.
- Linfadenopatia Generalizada Persistente – linfadenomegalia, envolvendo duas ou mais regiões extra-inguinais, com duração de pelo menos 3 (três) meses, associada à sorologia positiva para HIV.
- Infecção Aguda – síndrome de mononucleose , caracterizada por febre, linfadenomegalia e esplenomegalia. A sorologia para o HIV é negativa, tornando-se positiva geralmente duas a três semanas após o início do quadro clínico.
- Categoria “B”
- Angiomatose bacilar
- Candidíase vulvovaginal persistente de mais de um mês, que não responde ao tratamento
- Candidíase orofaríngea
- Sintomas constitucionais ( febre maior que 38,5°C ou diarreia com mais de um mês de duração).
- Categoria “C”
- Candidíase esofágica, traqueal ou brônquica
- Criptococose extrapulmonar

- Câncer cervical uterino
- Rinite, esplenite ou hepatite por citomegalovirus
- Herpes simples mucocutâneo com mais de um mês de evolução
- Histoplasmose disseminada
- Isosporíase crônica
- Micobacteriose atípica
- Tuberculose pulmonar ou extrapulmonar
- Pneumonia por P. Carinii
- Pneumonia recorrente com mais de dois episódios em um ano
- Pneumonia recorrente por “ salmonella”
- Toxoplasmose cerebral
- Leucoencefalopatia intestinal crônica
- Criptosporidiose intestinal crônica
- Sarcoma de Kaposi
- Linfoma: de Burkitt, imunoblástico ou primário de cérebro
- Encefalopatia pelo HIV
- Síndrome consumptiva pelo HIV

### 7.2.3 Quanto à contagem de linfócitos CD4 os pacientes pertencem aos seguintes Grupos:

GRUPO 1 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) igual ou acima de 500/mm<sup>3</sup>

GRUPO 2 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) entre 200 e 499/mm<sup>3</sup>

GRUPO 3 - Indivíduos com número absoluto de linfócitos T auxiliares (CD4) menor que 200/mm<sup>3</sup>

## 7.3 QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

GRUPO por contagem de CD4		CATEGORIA CLÍNICA		
		A	B	C
1	≥ 500/mm <sup>3</sup>	A1	B1	C1
2	200 – 499/mm <sup>3</sup>	A2	B2	C2
3	< 200/mm <sup>3</sup>	A3	B3	C3

## 7.4 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS

- 7.4.1 Para efeito dessa cobertura, são considerados graves os segurados que:
- Estiverem classificados em qualquer categoria , se pertecerem ao Grupo 3 de CD4
  - Estiverem classificados na categoria clínica “C”, independente do Grupo de CD4

- 7.4.2 Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Infectologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para reconhecimento do direito à cobertura pela Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS).

## 8 PARALISIA IRREVERSÍVEL E INCAPACITANTE

- 8.1 Entende-se por Paralisia a incapacidade de contração voluntária de um músculo ou grupo de músculos, resultante de uma lesão orgânica neurológica crônica de natureza degenerativa.
- 8.2 A Paralisia será considerada irreversível e incapacitante quando, esgotados os recursos terapêuticos da medicina especializada e os prazos necessários à recuperação motora, permanecerem distúrbios graves e extensos que afetem a motricidade, e que tornem o Segurado Titular total e permanentemente inválido para todo e qualquer trabalho, além de dependente de cuidados permanentes de enfermagem.
- 8.3 **Para efeito dessa cobertura, são as seguintes as paralisias invalidantes cobertas:**
- hemiplegia – paralisia total de um membro superior e inferior, do mesmo lado do corpo;
  - paraplegia – paralisia total dos dois membros inferiores;
  - diplegia – paralisia total de um membro superior e um inferior, de lados postos, ou dos dois superiores;
  - triplegia – paralisia total de três membros do corpo;
  - tetraplegia – paralisia total dos quatros membros do corpo.

## 8.4 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DOS SINISTROS

- 8.4.1 Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Neurologista que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Paralisia Irreversível e Incapacitante.
- 8.4.2 **As paralisias decorrentes de acidentes estão excluídas dessa cobertura.**

## 9 DOENÇA DE PARKINSON GRAVE

- 9.1 **A Doença de Parkinson é um quadro patológico de causa ainda não conhecida, resultante do comprometimento do Sistema Nervoso Extra-Piramidal, e caracterizado pelos seguintes sinais:**
- a) Tremor – hipercinesia, predominantemente postural, rítmica e não intencional, que diminui com a execução de movimentos voluntários e pode cessar com o relaxamento total;
  - b) Rigidez muscular – sinal característico e eventualmente dominante, acompanha-se de exagero dos reflexos tônicos de postura e determina o aparecimento de movimentos em sucessão fracionária, conhecidos como “sinal da roda dentada”;
  - c) Oligocinesia – diminuição da atividade motora espontânea e conseqüente lentidão de movimentos.

**9.2** O Parkinsonismo Secundário, também chamado Síndrome de Parkinson, é conseqüente a lesões degenerativas infecciosas, parasitárias, tóxicas, endócrinas ou produzidas por traumatismo, choque elétrico e tumores intracranianos.

### **9.3 NORMAS E PROCEDIMENTOS NA REGULAÇÃO DE SINISTROS**

**9.3.2** Para efeito dessa cobertura, são considerados portadores de Doença de Parkinson Grave os segurados que, pelo grau de doença, estejam impedidos de desempenhar suas atividades normais e não for possível o controle terapêutico da doença.

**9.3.3** Se a Síndrome de Parkinsonismo for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à cobertura.

**9.3.4** Estão excluídos dessa cobertura, os quadros de Síndrome de Parkinson conseqüentes a acidentes ou dependência química do Segurado.

**9.3.5** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração de Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Grave, preenchida e assinada pelo Neurologista que assista ao segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Doença de Parkinson Grave.

## **10 HEPATOPATIAS CRÔNICAS GRAVES (DOENÇAS HEPÁTICAS CRÔNICAS GRAVES)**

**10.1** São consideradas Hepatopatias Crônicas Graves as patologias hepáticas de evolução crônica que, em caráter permanente, acarretam a Insuficiência Hepática pela ocorrência de lesões funcionais graves, determinando a incapacidade total para o trabalho e/ou risco de vida.

**10.2** As lesões de Hepatopatia Crônica Grave são avaliadas pelos sinais e sintomas hepáticos característicos e pelas alterações bioquímicas complementares, reconhecidas pela Medicina Especializada.

**10.3** Considerados os níveis de alterações da função hepática e o grau de insuficiência hepática, as Hepatopatias cursam, conforme a seguinte classificação:

a) Insuficiência Hepática leve – Classe I

- Sem ascite
- Sem encefalopatia
- Bilirrubina  $\leq$  33 micromol/L
- Albumina  $\geq$  36 g/L
- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) - 1 a 4 segundos

b) Insuficiência Hepática Moderada – Classe II

- Ascite leve
- Encefalopatia (já com alterações de personalidade)
- Bilirrubina entre 34 e 51 micromol/L
- Albumina entre 28 e 35 g/L
- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) - 5 a 6 segundos

c) Insuficiência Hepática Importante – Classe III

- Ascite expressiva
- Encefalopatia (já com alterações do comportamento e até convulsões)
- Bilirrubina  $\geq$  52 micromol/L
- Albumina  $\leq$  27 g/L

- Tempo de protrombina (prolongado em segundos) -  $\geq 7$  segundos

#### 10.4 Normas e Procedimentos na Regulação de Sinistros

##### 10.4.1 Para efeito dessa cobertura, são consideradas portadoras de Hepatopatia Crônica Grave:

- Os pacientes portadores de Insuficiência Hepática Moderada – Classe II, quando acompanhados de sintomas e sinais que determinam a incapacidade laborativa definitiva;
- Os pacientes que cursam com Insuficiência Hepática Grave – Classe III.

##### 10.4.2 Além do previsto do item anterior é necessário que o diagnóstico de Hepatopatia Crônica Grave esteja previsto na relação que se segue, obedecidos os critérios mínimos para reconhecimento de gravidade relacionados com a patologia em questão:

#### FIBROSES

- **Tipos**

- Inflamatórias
- Tóxicas (exceto as de origem ocupacional ou por dependência química)
- Vasculares

- **Quadro clínico**

- Hemorragias Digestivas
- Aranhas vasculares
- Ascite
- Edema
- Encefalopatia
- Sintomas gerais (náuseas, fadiga)

- **Exames Complementares**

- Radiografia do abdômen (Ascite)
- Ecografia abdominal (Ascite, alterações na morfologia hepática)
- Endoscopia digestiva

#### CIRROSES

- **Tipos**

- Metabólicas (exceto as de origem ocupacional ou por dependência química)
- Pós -viróticas
- Auto-Imunes

- **Quadro clínico**

- Sintomas gerais (fraqueza, náuseas, anorexia, mal estar, perda de peso)
- Icterícia
- Prurido
- Hemorragias digestivas
- Ginecomastia
- Aranhas Vasculares

- **Exames Complementares**

- Hipoalbuminemia
- Tempo de Protrombina prolongado
- Anemia
- Ecografia abdominal (hepatoesplenomegalia)

**10.4.3** Para regulação do sinistro, far-se-á necessária a apresentação da Declaração do Médico-Assistente, constante do formulário Aviso de Sinistro por Doença Crônica Grave, preenchida e assinada pelo Médico que assista ao Segurado, onde será exigido o preenchimento de todos os critérios para definição do estado de Hepatopatia Crônica Grave.

## **11 DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO-DORT/LER EM ESTÁGIO CRÔNICO E AVANÇADO**

**11.1** As DORT/LER são afecções relacionadas ao trabalho que acometem tendões, sinóvias, músculos, nervos, fâscias, ligamentos, isolada ou associadamente, podendo ser acompanhadas de degeneração dos tecidos, freqüentemente comprometendo os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, na imensa maioria dos casos, em decorrência do uso repetido e/ou forçado de grupos musculares, bem como pela postura inadequada.

**11.2** A avaliação se dá essencialmente pelo exame clínico, pelo exame físico detalhado, através dos exames complementares e da análise das condições de trabalho responsáveis pelo aparecimento das lesões.

**11.3** Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT/LER podem ser enquadrados nos seguintes estadiamentos:

### **11.4.1 GRAU I**

Sensação de peso e desconforto no membro ou seguimento afetado, dor espontânea localizada, pontadas ocasionais durante a execução do trabalho sem contudo interferir na produtividade. Não há irradiação nítida, melhora com o repouso e em geral é leve e fugaz. Os sinais clínicos não estão presentes, a dor pode se manifestar durante a compressão da massa muscular afetada. Tem bom prognóstico.

### **11.4.2 GRAU II**

A dor é persistente e mais intensa, e aparece durante a jornada de trabalho de maneira intermitente, porém tolerável, permitindo o desempenho da atividade profissional, mas demonstrando nítida queda na produtividade durante os períodos de exacerbação do quadro.

O quadro doloroso é mais localizado, podendo também, estar presente o formigamento, calor, distúrbio de sensibilidade, bem como pode haver irradiação definida.

O repouso promove a melhora de maneira lenta, podendo aparecer durante as atividades domésticas.

Os sinais clínicos geralmente estão ausentes, mas pode ser detectadas pequenas nodulações acompanhando a bainha dos tendões envolvidos. Podem estar presentes também a hipertonia muscular e dolorimento à palpação. O prognóstico é favorável.

### **11.4.3 GRAU III**

Dor persistente, forte e com irradiação bem definida, apresentando apenas melhora com o repouso, persistindo o dolorimento. Paroxismo doloroso principalmente noturno. Podem estar presentes a perda da força muscular e a parestesia. A baixa produtividade é marcante, podendo chegar a impossibilidade de executar o trabalho, tanto profissional quanto doméstico. Aqui já estão presentes os sinais clínicos. Identifica-se edema recorrente, hipertonia muscular constante, alterações da sensibilidade principalmente nos paroxismos dolorosos, palidez, hipertermia e sudorese das extremidades. Os movimentos ou a palpação muscular provocam dor intensa. Aqui, a eletroneuromiografia poderá apresentar alterações, quando há comprometimento neurológico. Prognóstico reservado.

### **11.4.4 GRAU IV**

A dor é muito forte, contínua, às vezes até insuportável, com intenso sofrimento. A mobilização intensifica consideravelmente a dor, acometendo todo o membro afetado. O paroxismo doloroso está presente até mesmo em repouso do membro. A perda da força e do controle dos movimentos são constantes. O edema também é constante, como também podem estar presentes a deformidade por processos fibróticos, comprometendo o sistema circulatório. Devido ao desuso, surgem a atrofia, principalmente dos dedos.

O indivíduo se encontra incapacitado para o trabalho, inclusive para os atos da vida diária que estão altamente prejudicados. Surgem alterações psicológicas, com quadro de depressão, ansiedade e angústia. O prognóstico é sombrio.

#### **11.4.5 Critérios para identificação dos sinistros:**

Serão considerados como portadores de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT/LER, em estágio crônico e avançado, os Segurados que apresentarem quadro clínico enquadrado no grau IV, desde que presentes todos os sinais clínicos de dor forte e contínua, edema constante, deformidade pelo processo fibrótico, atrofia por desuso, alterações psicológicas e que as alterações eletroneuromiográficas existentes sejam específicas e bem definidas.

## **12 BENEFICIÁRIOS**

**12.1** Em caso de sinistro, o beneficiário é o próprio Segurado Titular.

**12.2** Caso o estado clínico-mental do Segurado esteja tão comprometido que fique medicamente caracterizado que o mesmo não se encontra apto para receber e administrar a indenização, esta será paga a CURADOR judicialmente nomeado.

## **13 CARÊNCIA DA COBERTURA**

**13.1** Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias, contada a partir do início da vigência do seguro individual, período no qual o Segurado Titular não terá direito a qualquer indenização, caso venha a apresentar, mesmo nos seus estágios clínicos iniciais, qualquer manifestação das patologias cobertas.

## **14 HABILITAÇÃO E PAGAMENTO DE INDENIZAÇÕES**

**14.1** Para pagamento de indenização devida em razão de sinistro coberto, a ocorrência do mesmo deverá ser imediatamente comunicada à CAIXA Seguros, bem como encaminhados os documentos a seguir relacionados:

- a) Aviso de Sinistro por Doenças Crônicas Graves, em formulário fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo Segurado Titular ou seu Representante Legal e pelo Médico Especialista. Este último deverá ter firma reconhecida no referido documento;
- b) Documentos de identificação do Segurado: Carteira de Identidade e CPF;
- c) Comprovante de residência do Segurado;
- d) Documentos de identificação (Carteira de Identidade e CPF) do Reclamante (Procurador ou Curador), bem como Documento Oficial que lhe concede tal poder;
- e) Exames comprobatórios da patologia.

**14.2** A doença apresentada pelo Segurado Titular deverá estar enquadrada em graus ou estágios avançados, conforme definido para cada Doença Grave em particular, para que seja reconhecida como Doença Crônica Grave. O simples potencial de uma determinada patologia vir a se transformar em Doença Grave ou Invalidante no futuro não é justificativa, ainda, para o pagamento de indenização por CDG. Somente a

partir do momento em que a patologia apresentada pelo Segurado se enquadrar nos critérios preestabelecidos nessas condições, será devida a CDG.

- 14.3** As providências ou atos que a CAIXA SEGUROS praticar, no decorrer do processo de análise da reclamação, não são suficientes para o reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.
- (a) As despesas efetuadas com a comprovação do diagnóstico, relatório do médico-assistente e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado Titular.
  - (b) Tendo sido atendidas todas as exigências para a conveniente regulação do sinistro, e sendo reconhecido que o pleito indenitário é devido, o pagamento da indenização dar-se-á, no máximo, em 30 (trinta) dias da comunicação do sinistro.
  - (c) Quando a Cobertura para Doenças Crônicas Graves for contratada adicionalmente a Seguro de Vida, Acidentes Pessoais ou de Saúde, o valor indenizável não acarretará qualquer redução dos respectivos capitais segurados ou limites de reembolso previstos nessas apólices.
  - (d) Farão jus a essa cobertura os segurados com idade limitada em 65 (sessenta e cinco) anos completos, na data da ocorrência do sinistro.
- 14.4** Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente contrato de seguro, contado a partir do recebimento pela Seguradora de toda a documentação mencionada.
- 14.4.1** Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao(s) Beneficiário(s), o prazo mencionado no item 14.4 será suspenso, voltando a correr a partir do recebimento pela Seguradora desses documentos, informações ou esclarecimentos.
- 14.5** Fica entendido e acordado que mediante dúvida fundada e justificável, observadas as necessidades de cada caso, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação do sinistro.

## **15 RISCOS EXCLUÍDOS**

- 15.1** Estão excluídos dessa cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
- a) 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) atos ou operações de guerra, tais como: guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas provenientes, exceto se decorrentes da prestação do serviço militar, declarados ou não, ou em caso de atos de humanidade em auxílio de outrem;
  - c) doenças ocupacionais;
  - d) doenças decorrentes de dependência química.

## **16 PERDA DE DIREITO**

- 16.1** A Seguradora não pagará nenhuma indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Subestipulante, do Corretor de Seguros, do Segurado, do(s) seu(s) Beneficiário(s), ou ainda do Representante Legal ou Preposto(s) de um ou de outro:
- a) inexactidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, bem como na regulação do sinistro;
  - b) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito às garantias do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
  - d) não fornecimento da documentação solicitada.
- 16.2** Se constatado que a inexatidão ou a omissão nas declarações prestadas, conforme mencionado no item 16.1 alínea “a”, não resultou de má-fé, a Seguradora poderá:
- 16.2.1** 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.
- 16.2.2** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando a diferença de prêmio cabível;
  - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- 16.2.3** Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:
- a) cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando a diferença de prêmio cabível.
- 16.3** A Empresa Contratante é obrigada a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, sobre todo ou parte de qualquer incidente suscetível de agravar ou alterar o risco coberto, como: mudança de atividade (da Empresa ou de seus empregados) ou das informações prestadas na Proposta de Contratação, sob pena de perder o direito às garantias do seguro, se provado que silenciou de má-fé, conforme artigo 769 do Código Civil Brasileiro.
- 16.3.1** Comunicada a respeito de qualquer incidente, a Seguradora poderá cancelar a cobertura do seguro, mediante comunicação por escrito à Empresa Contratante, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da alteração do risco.