



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP Nº40, de 05 de agosto de 1981.

Aprova Normas para o Seguro Grupal de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e Hospitalar, no Plano Temporário por 1(um) ano, renovável.

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGURO PRIVADO (SUSEP), na forma do disposto no art.36, alínea “c”, do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966;

Tendo em vista o item 1º da Resolução CNSP nº11, de 21 de maio de 1976, e o que consta do processo SUSEP nº 192.103/76;

R E S O L V E:

1- Aprovar as normas para o seguro grupal de reembolso de despesas de Assistência Médicas e Hospitalar, no Plano Temporário por um ano, renovável, constantes dos anexos, que ficam fazendo parte integrante desta circular.

2- Ressalvado o disposto no item 3 seguinte, fica vedada a emissão e renovação de apólices de seguro grupal de reembolso de Despesas de Assistência médica ou de seguros grupais que, mesmo com outras denominações, sejam da mesma natureza ou se assemelhem ao seguro objeto destas normas.

3- As presentes normas aplicam-se às apólices em vigor a partir do seu primeiro aniversário que ocorrer na vigência desta circular.

3.1- Fica, contudo, concedido um prazo até a data em que esta circular completar um ano de vigência para que todas as apólices em vigor estejam enquadradas nestas normas.

4- As taxas e níveis de cobertura deste seguro são aprovados a título experimental, ficando as Sociedades Seguradoras que nele operarem obrigadas a encaminhar à SUSEP semestralmente, até os dias 15 de agosto e 15 de março, na forma a ser pelo Departamento Técnico Atuarial, informações estatísticas que permitirão atualizar taxas, níveis de cobertura e condições do seguro.

5- As sociedades seguradoras que já possuem autorização para operar neste ramo, deverão submeter à SUSEP as condições de apólice que pretendem adotar.

6- Esta circular entrará em vigor 15 (quinze) dias após sua publicação, revogadas a Circular SUSEP nº 59, de 19.11.76, e as demais disposições em contrário.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIRA

Superintendente

* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.

ANEXO A CIRCULAR Nº40/81

NORMA PARA O SEGURO GRUPAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, NO PLANO TEMPORÁRIO POR 1 (UM) ANO, RENOVÁVEL

Capítulo 1

Conceituação – elementos gerais

1- GRUPO SEGURÁVEL

É o conjunto de pessoas devidamente caracterizado na apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por vínculo concreto ao mesmo empregador.

1.1 - O seguro poderá abranger Empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

2 - ESTIPULANTE

E o empregador ou a Associação de funcionários do mesmo empregador, que contrata o seguro com a Sociedade Seguradora.

2.1 – O Estipulante fica investido dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora, devendo ser encaminhados ao mesmo, todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, inclusive alterações de importâncias seguradas, bem como inclusão e exclusão de segurados.

3 – GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto dos componentes do grupo segurável efetivamente aceito no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

4 – SEGURADO PRINCIPAL

É o empregado, associado ou dirigente, efetivamente aceito no seguro.

5 – DEPENDENTES SEGURÁVEIS

O seguro poderá ser extensivo a todos os seguintes dependentes do segurado principal:

- a) Cônjuge;
- b) Companheira (o) no caso de (a) segurado (a) ser solteiro (a), viúvo (a), desquitado (a) ou divorciado (a) desde que haja enquadramento no disposto nas leis brasileiras sobre a matérias;
- c) Filhos, enteados e menores considerados dependentes, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

5.1 – Quando ambos os conjugues ou companheiros pertencerem a um mesmo grupo segurável, ambos serão considerados como Segurados Principais, sendo os filhos considerados dependentes daquele de maior salário.

6 – REALIZAÇÃO DO SEGURO

O seguro será realizado, seja ele “Contributário” ou “Não Contributário” apenas nas duas formas a seguir previstas:

6.1 – Exclusivamente para os segurados principais; ou

6.2 – Para os segurados principais e seus dependentes seguráveis nos termos do item 5.

6.2.1 – Neste caso, a cobertura do seguro deverá abranger obrigatoriamente todos os dependentes seguráveis, sem exceção.

7 – NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS

Nunca poderá ser inferior a 20 vidas, para fins de aceitação e 18 Vidas, para fins de manutenção.

8 – ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

Será de 90% do grupo segurável.

8.1 – O Estipulante deverá possibilitar á Seguradora a verificação da composição do grupo segurável, através da exibição de documentos oficialmente instituídos.

9 – ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

No início de vigência da apólice, somente poderão ser incluídos os componentes do grupo segurável que estiverem em plena atividade profissional, ou seja, que não estejam afastados do trabalho para tratamento de saúde e que tenham no máximo até 60 anos de idade, podendo ser segurados os componentes com idade superior, exclusivamente nas garantias principais do seguro.

9.1 – Após o início de vigência da apólice, poderão ser incluídos, sem carência, os novos componentes do grupo segurável, desde que suas inclusões sejam solicitadas dentro de 30 (trinta) dias após a data da respectiva admissão na empresa ou associação, respeitado o limite de idade de 60 anos.

9.2 – Haverá, obrigatoriamente, carência de 6 (seis) meses contados a partir da data da inclusão na apólice, para os componentes que estavam afastados do trabalho para tratamento de saúde, no início de vigência da apólice e para aqueles cujas inclusões foram solicitadas após 30 (trinta) dias das datas respectivas admissões na empresa ou associados.

9.2.1 – Não haverá carência para os reembolsos provenientes de acidente pessoal, entendendo-se como tal, o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, torne necessário um tratamento médico.

9.3 – A aceitação dos dependentes seguráveis obedecerá os mesmos critérios fixados para a aceitação do segurado principal, acompanhado estes a mesma carência a ele imposta.

** Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.*

9.3.1 – A inclusão de dependentes após os 30 (trinta) dias em que adquiriram esta condição em relação ao segurado principal, far-se-á com obediência do disposto no subitem 9.2.

10 – EXCLUSÃO DO GRUPO SEGURADO

Serão excluídos da apólice os segurados principais que:

- a) Solicitem exclusão por escrito;
- b) Deixem de ter vínculo concreto com o Estipulante;
- c) Venham a se aposentar por qualquer motivo, exceção feita aos segurados com mais de 5 anos de permanência ininterrupta na apólice, que se aposentarem por idade ou tempo de serviço e desde que o prêmio continue a ser pago, seja através do Estipulante, seja por intermédio de carnê emitido pela Sociedade Seguradora.

11 – CESSAÇÃO DO SEGURO DO SEGURADO PRINCIPAL

O seguro de componente cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice;
- b) Com o desaparecimento do vínculo entre o componente e o Estipulante, inclusive nos casos de aposentadoria, ressalvados os casos previstos na alínea “c” do item 10;
- c) Quando o componente solicitar a sua exclusão do grupo segurado.

12 - CESSAÇÃO DO SEGURO DOS DEPENDENTES

A cessação dos seguros dependentes do segurado principal, ocorrerá nos casos previstos a seguir:

12.1 – Para todos os dependentes

- a) Com o cancelamento da apólice;
- b) Com a cessação do seguro do segurado principal;
- c) Com o cancelamento da Cláusula de Inclusão de Dependentes da apólice.

12.2 – Para os Conjugues

- a) Com a homologação do desquite ou divórcio;
- b) Com a perda da condição prevista no item 5.b, quando se tratar de companheira.

12.3 - Para os Filhos, Enteados e Menores que vivem sob Dependência do Segurado.

- a) Com o casamento;

b) Quando deixarem de ser considerados dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

13 – OBJETIVO DO SEGURO

O seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada evento, o reembolso ao segurado das despesas médico-hospitalares efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes devidamente incluídos na apólice, decorrentes de doença ou acidente.

13.1 – A Seguradora poderá efetuar diretamente o pagamento das despesas médico-hospitalares à pessoa física ou jurídica prestadora dos serviços.

13.2 – O reembolso das despesas efetuadas no exterior será feito em moeda brasileira, ao câmbio oficial de vendas na data constante do comprovante, respeitado o limite de cobertura estabelecido na apólice.

13.3 – Por evento entende-se todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar, verificados após o início de cobertura e que tenham por origem ou causa o mesmo acidente ou doença. O evento se inicia com a comprovação médica de sua ocorrência e termina com a alta médica concedida ao paciente.

14 – LIVRE ESCOLHA

Caberá ao segurado a livre escolha de médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, desde que legalmente habilitados.

15 – LIMITES DE REEMBOLSO

Correspondem às importâncias máximas a serem reembolsadas para cada garantia da apólice, caso seja sinistrado o componente, estabelecidas em quantidade de U.S. (Unidade de Serviço fixado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social), pelo valor vigente no dia da efetivação da despesa.

15.1 – Escala de Limites de Reembolso

É a gradação das importâncias máximas a serem reembolsadas, para cada garantia da apólice, aos componentes do grupo segurado, determinada em função dos salários ou categoria funcional dos Segurados Principais, sempre que os limites de reembolso não forem iguais para todos.

15.1.1 – Sempre que o segurado passar de uma categoria para outra superior, haverá uma carência de 3 (três) meses sobre a diferença dos limites de reembolso, a contar da data do aviso do Estipulante à Seguradora.

16 - FRANQUIA

Será obrigatória a fixação de franquias dedutíveis no plano, sendo:

- a) Em U.S. para as garantias principais, de acordo com os níveis de cobertura estabelecidos no Capítulo III;
- b) Em percentual do limite de cobertura de cada garantia acessória.

16.1 – Além das franquias obrigatórias, o plano poderá prever franquias percentuais, para qualquer tipo de garantia, obedecido o subitem 2.3 do Capítulo III destas normas.

17 – PRÊMIOS

Os prêmios serão devidos mensalmente e não poderão ser inferiores ao resultante da aplicação das Disposições Tarifárias, que constituem o Capítulo III destas Normas.

17.1 – Os prêmios serão fixados para cada garantia da apólice em quantidade de U.S., reajustando-se seus valores automaticamente, com vigência a partir do dia 1º do mês seguinte ao do reajustamento do valor da U.S., pelo Ministério da Previdência e Assistência Social.

18 – CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro poderá ser:

a) Não Contributário – em que os componentes não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.

b) Contributário – em que os componentes pagam prêmio total ou parcialmente.

19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE

A apólice será cancelada, obrigatoriamente, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias, se a composição do grupo ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações tais que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.

19.1 – Se o Estipulante deixar de recolher à Sociedade Seguradora, através da rede bancária, os prêmios pagos pelos segurados, tal fato não dará motivo ao cancelamento do contrato, por ferir direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita, por tanto, às cominações legais.

19.2 - Nos casos de seguros “Não Contributários” poderá ser cancelada a apólice, em qualquer época, por mútuo e expreso consenso das partes contratantes, isto é, Sociedade Seguradora e Estipulante.

19.3 – Ressalvada a hipótese prevista no item 19.2, o cancelamento da apólice, no caso de seguro contributário, somente se dará quando expirar o prazo de sua validade, isto é, no aniversário da apólice, ou, antes disso, se houver o mútuo e expreso consenso de todas as partes contratantes: Estipulante, Segurados e Sociedade Seguradora.

20 – RENOVAÇÃO DA APÓLICE

A apólice será renovada, automaticamente, no fim de cada ano de sua vigência.

20.1 – A Sociedade Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias do término de sua validade (aniversário), poderá deixar de renovar a apólice.

21 – FORMULÁRIOS RELATIVOS AO SEGURO

Os formulários para realização do seguro, cujo texto deverá ser aprovado pela SUSEP, são os seguintes:

21.1 – Proposta

A proposta para emissão da apólice deverá conter as Condições Gerais e Especiais do Seguro e ser assinada pelo Estipulante.

21.2 – Apólice

A apólice que vier a ser emitida em face da proposta, deverá conter as Condições Gerais e Especiais do Seguro.

21.2.1 – A relação dos segurados e seus dependentes deverá constar da apólice e/ou aditivos à mesma.

21.3 – Certificado Individual

O Certificado, destinado a cada segurado principal como comprovante do seu seguro, será numerado em ordem seqüencial e deverá conter o nome do segurado e os seus dependentes incluídos na apólice, se for o caso, nome do Estipulante, nº da apólice, limite de reembolso e franquias.

21.4 – Declaração Pessoal de Saúde

Tratando-se de apólice com adesão facultativa dos componentes do grupo segurável, a Seguradora poderá exigir de cada participante, bem como dos seus dependentes seguráveis, Declaração Pessoal de Saúde.

22 – FORMULÁRIOS INDISPENSÁVEIS AO REEBOLSO

22.1 – Para reembolso referentes às garantias principais do seguro, além do aviso de sinistro, serão exigidos os comprovantes originais das despesas efetuadas e o Relatório de Alta Médica, contendo os seguintes quesitos:

- a) Número da apólice;
- b) Estipulante;
- c) Segurado Principal;
- d) Paciente;
- e) Idade – Data de Nascimento;
- f) Diagnóstico da doença, acidente ou estado patológico que produziu diretamente o tratamento realizado;
- g) Outros diagnósticos que não contribuíram, ou contribuíram apenas secundariamente, para a causa acima;
- h) Resumo do tratamento realizado;
- i) Se houver tratamento cirúrgico, especificação do tipo de operação realizada;
- j) Tipo de anestesia empregada e tempo de duração;
- k) Complicações surgidas durante o tratamento, decorrentes da doença ou acidente;
- l) Exames complementares realizados durante o período de interação para controle de evolução;

* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.

- m) Resultado do exame histo-anátomo-patológico da peça cirúrgica ou biópsia em geral;
- n) Se houve necessidade da utilização de outros serviços durante a internação hospitalar especificação de qual ou quais: eletrocardiograma, eletroencefalograma, transfusão de sangue, monitorização, diálises, medicamentos, alimentação dietética, fisioterapia, etc.;
- o) Data da internação;
- p) Data da alta;
- q) Data e locais de atendimento do segurado em relação à atual doença, acidente ou estado patológico;
- r) Dados dos médicos assistentes e tipos de serviços profissionais prestados;
- s) Condição atual – curado, melhor, pior, outras (esclarecer em observações).

22.2 – Para reembolsos referentes às garantias acessórias, serão exigidos os comprovantes originais das despesas efetuadas e Relatório Médico contendo diagnóstico, exames requisitados, indicação terapêutica e/ou tratamento realizado.

23 - COMISSÕES

Somente poderão ser concedidas as seguintes comissões:

23.1 – Comissão de Corretagem

Será fixada em determinada percentagem do prêmio, não podendo ser superior a 5 % (cinco por cento).

23.2 – Comissão de Administração

Poderão ser concedidas ao Estipulante até o máximo de 3 % (três por cento) do prêmio, desde que o mesmo administre efetivamente o seguro.

24 – REAVALIAÇÃO ANUAL DO PRÊMIO

Em cada aniversário da apólice, será calculado um índice de correção de prêmio, com base nos exercícios anteriores, de acordo com as Disposições Tarifárias, constantes no Capítulo III destas Normas.

NORMAS PARA O SEGURO GRUPAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR NO PLANO TEMPORÁRIO POR 1 (UM)
ANO, RENOVÁVEL

CAPÍTULO II

GARANTIAS – DESPESAS NÃO COBERTAS

1 – GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro são as seguintes:

- PRINCIPAIS

- 1 - Diárias Hospitalares
- 2 – Despesas Hospitalares
- 3 – Honorários Médicos nos Casos de Internação Hospitalar
- 4 – Pequenas Cirurgias e Tratamentos Ambulatoriais, de Causa Acidental

- ACESSÓRIAS

- 5 – Consultas Médicas
- 6 – Exames Complementares
- 7 – Tratamentos Fisioterápicos
- 8 – Tratamentos Dentários
- 9 – Partos

1.1 – O seguro, obrigatoriamente, deverá abranger todas as garantias principais.

1.2 - o seguro poderá abranger uma ou mais garantias acessórias.

2 – DIÁRIAS HOSPITALARES

Serão reembolsadas as diárias hospitalares até o limite de plano em U.S (Unidade de Serviço), abrangendo:

- a) Internação;
- b) Serviços gerais de enfermagem;
- c) Alienação.

2.1 – O reembolso das diárias hospitalares, observado o tempo médio de permanência para o evento, será limitada ao máximo de 180 diárias por ano em um ou mais eventos. Quando o número de diárias hospitalares, o reembolso das diárias excedentes somente será feito mediante relatório do médico assistente justificando o excesso.

2.1.1 – Para efeito de determinação do Tempo Médio de Permanência, serão obedecidos os critérios adotados pelo INAMPS.

2.2 – As diárias hospitalares, nos casos de clínica médica, somente serão possíveis de reembolso em casos graves, que se caracterizem pelo risco de vida ou sofrimento intenso que contra-indiquem o tratamento na residência do segurado, quando devidamente comprovados e justificados pelo médico assistente e constatados pelo médico da Seguradora.

3 – DESPESAS HOSPITALARES

Serão reembolsadas as despesas hospitalares até o limite do plano em U.S., de acordo com a natureza da moléstia ou com o porte da cirurgia, abrangendo:

- a) Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença, realizados após a internação hospitalar e até a data da alta hospitalar;
- b) Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e demais recursos terapêuticos ministrados durante o período de internação hospitalar;
- c) Taxa de sala de operação, inclusive material utilizado, de acordo com o porte cirúrgico;
- d) Unidade de terapia intensiva, quando e enquanto determinado pelo médico assistente.

3.1 – O plano de seguro deverá estabelecer limites de reembolso separados para:

- a) Clínica médica;
- b) Cirurgia de grande porte;
- c) Cirurgia de médio porte;
- d) Cirurgia de pequeno porte.

3.1.1 – Entende-se como cirurgia de grande porte aquela em que os honorários profissionais do cirurgião forem acima de 120 U.S., de acordo com a Tabela do INAMPS.

3.1.2 – Entende-se como cirurgia de médio porte aquela em que os honorários profissionais do cirurgião estiverem entre 41 a 120 U.S., de acordo com a Tabela do INAMPS.

3.1.3 – Entende-se como cirurgia de pequeno porte aquela em que os honorários profissionais do cirurgião não ultrapassem 40 U.S., de acordo com a tabela do INAMPS.

4 – HONORÁRIOS MÉDICOS NOS CASOS DE HOSPITALIZAÇÃO

Os honorários dos médicos e seus auxiliares serão reembolsados até o limite do plano escolhido, tendo como base a TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO INAMPS para cada evento.

4.1 – Quando houver necessidade do concurso de um ou mais especialistas, seus honorários somente serão passíveis de reembolso, na base de múltiplos da Tabela de Honorários Médicos do INAMPS, mediante relatório do médico assistente justificando a necessidade.

4.1.1 – não será admitido o reembolso referente a despesas efetuadas com mais de um médico por especialidade.

** Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.*

4.1.2 - Nos casos de cirurgia, a assistência pré e pós operatória, está incluída na Tabela de Honorários fixados para a cirurgia.

4.1.3 - Nos casos clínicos o limite de reembolso será de uma visita hospitalar por dia.

5 – PEQUENAS CIRURGIAS E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS DE CAUSA ACIDENTAL

Os casos de pequenas cirurgias e os tratamentos ambulatoriais de causa exclusivamente acidental, serão reembolsados até o limite estabelecido no plano em U.S.

5.1 – O limite de reembolso desta garantia se aplica ao conjunto de todas as despesas, inclusive honorários médicos.

6 – CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas realizadas fora de estabelecimento hospitalar serão reembolsadas até o limite do plano, com base em múltiplos de U.S., para cada consulta, devendo o plano estabelecer limite anual de consultas por componente.

6.1 – Somente serão reembolsadas as despesas com consultas médicas devidamente comprovadas através de recibo do médico consultado, no qual conste expressamente o diagnóstico da afecção apresentada, sendo facultada ao médico inserir no recibo o diagnóstico pelo Código Internacional de Doenças (C.I.D.).

6.2 – As despesas com repetições de consultas, junto ao mesmo médico, para controle e acompanhamento do tratamento ou de complementação diagnóstica, somente serão reembolsadas quando devidamente justificadas por relatório médico.

7 – EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares, realizados fora de estabelecimento hospitalar, serão passíveis de reembolso até os limites do plano com base em múltiplos da Tabela do INAMPS, e com limite anual em U.S. por componente.

7.1 – Somente serão passíveis de reembolso as despesas com exames indispensáveis à prática médica, que atendam integralmente a indicação clínica e cujas requisições sejam fundamentadas pelo médico assistente.

7.2 – A multiplicidade de exames de idêntico valor semiológico, para elucidação diagnóstica, somente será considerada se devidamente justificada pelo médico assistente, excluindo-se da garantia os exames inúteis, supérfluos ou redundantes, ou ainda, os realizados a pedido do segurado para uso próprio, sem a competente fundamentação médica.

7.3 – As despesas decorrentes de exames referentes à avaliação do estado de sanidade (check-up) não serão reembolsadas.

8 – TRATAMENTOS FISIOTERÁPICOS

As despesas com tratamentos fisioterápicos serão reembolsadas até o limite do plano com base em múltiplos de U.S., para cada tratamento, com no máximo 10 aplicações.

8.1 – Somente serão passíveis de reembolso as aplicações executadas por fisioterapeutas oficialmente registrados e credenciados, mediante indicação expressa do médico assistente.

8.2 – A repetição de tratamento somente será aceita se devidamente justificada através de relatório do médico assistente.

9 – TRATAMENTOS DENTÁRIOS

As despesas com tratamentos dentários efetuados após 6 meses da inclusão do segurado na apólice, abrangendo exclusivamente radiografias dentárias, extração dentária sob anestesia local e obturação, serão reembolsadas até o limite do plano, com base em múltiplos de U.S., separadamente para:

- a) Radiografias dentárias;
- b) Extração por dente;
- c) Obturação de qualquer tipo por dente

9.1 – Além das limitações por tratamento, o plano deverá prever limite anual em U.S., por componente.

9.2 – O segurado deverá apresentar, para obter reembolso, além do competente recibo de honorários ou Nota Fiscal, o esquema dentário e relatório discriminado das radiografias, extrações e obturações realizadas.

10 – PARTOS

As despesas com partos normais ou cesarianos, indistintamente, serão reembolsadas até o limite do plano, estabelecido com base em múltiplos de U.S.

10.1 – Os abortamentos estarão cobertos, desde que espontâneos ou determinados exclusivamente em razão de risco de vida da parturiente ou do feto, ou sofrimento intenso materno-fetal, devidamente justificado pelo médico assistente.

10.2 – As despesas decorrentes de curetagem, ligações de trompas, desde que determinada exclusivamente em razão de risco de vida, estarão cobertas, mediante justificação do médico assistente.

10.3 – São expressamente excluídas da cobertura ao recém-nascido as despesas com cirurgia para correção de fimose.

11 – DESPESAS NÃO COBERTAS

Estão excluídas da cobertura do seguro, tenha ou não havido internação hospitalar, as despesas decorrentes de:

- a) Cirurgias não previstas no Código Brasileiro de Ética Médica, vigente na ocasião do evento;

** Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.*

- b) Tratamento dentário mesmo em conseqüências de acidente, salvo os mencionados no item 9, se a apólice prever a referida cobertura;
- c) Remoções de paciente;
- d) Despesas extraordinárias e de acompanhantes;
- e) Enfermagem em caráter particular, seja a domicílio ou em hospital;
- f) Tratamento experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) Reabilitação em geral, salvo os casos de fisioterapia, se a apólice prever a cobertura estabelecida no item 7;
- h) Internações hospitalares por motivo de doença crônica, convalescença, senilidade, repouso, tratamento de rejuvenescimento ou emagrecimento estético, nas suas várias modalidades;
- i) Casos psiquiátricos, doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- j) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza, para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- k) Moléstias ou acidentes ocorridos em conseqüência de atos ou operações de guerra, revoluções, tumultos ou outras perturbações de ordem pública e deles provenientes;
- l) Danos físicos e lesões resultantes do uso de material nuclear para fins bélicos ou militares, ainda que resultante de testes, experiências, ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como explosões provocadas com quaisquer finalidade;
- m) Vacinas preventivas, expedição de pareceres e atestados para fins privativos ou oficiais;
- n) Epidemia, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- o) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminino;
- p) Atos cirúrgicos que tiverem apenas finalidade de controle da natalidade;
- q) Estadas em estâncias hidrominerais e climáticas, mesmo por indicação médica;
- r) Atos cirúrgicos que tiverem apenas finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificados por relatório médico, exceção feita aos de indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológico ou exames complementares;
- s) Compra, aluguel ou conserto de equipamento para exercício de reabilitação ortopédica, bem como aparelho de correção e prótese.

12 – CIRURGIAS NÃO CONSTANTES DA TABELA DE HONORÁRIOS MÉDICOS DO INAMPS

Os casos de alta complexidade (por exemplo: transplante e implante de órgãos) somente serão passíveis de reembolso quando houver prévia aprovação da Sociedade Seguradora, para a cirurgia a ser realizada.

NORMAS PARA O SEGURO GRUPAL DE REEBOLSO DE DESPESAS DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR NO PLANO TEMPORÁRIO POR 1 (UM)
ANO, RENOVÁVEL

CAPÍTULO III

DISPOSIÇÕES TARIFÁRIAS

1 – LIMITES DE REEMBOLSO

1.1 – No Plano Padrão

Para cada garantia , a TABELA 1 mostra o limite de reembolso do plano padrão.

1.2 – Em Planos Diferentes do Padrão

Para plano diferente do padrão, os limites de reembolso constantes da TABELA 1 serão, conforme o nível de cobertura escolhido, multiplicados pelo respectivo nível, expresso em U.S.. Permanecerão invariáveis os limites de reembolso não expressos em U.S.

2 – FRANQUIA

2.1 – Em Garantias Básicas

Para cada evento, haverá uma franquia obrigatória, do tipo deduzível, variável de acordo com o nível de cobertura, conforme o seguinte quadro:

NÍVEL DE COBERTURA	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	4,0
FRANQUIA	150 US	200 US	200 US	200 US	200 US	200 US

2.1.1 – Na garantia de “pequenas cirurgias e tratamentos ambulatoriais de causa acidental”, ao invés desta franquia aplicar-se-á aquela prevista para as garantias acessórias.

2.2 – Em Garantias Acessórias

Para cada evento, haverá uma franquia obrigatória, do tipo deduzível, estabelecida em 10% do limite de reembolso de cada garantia.

2.3 – Franquia Facultativa

Tanto para as garantias básicas como para quaisquer das garantias acessórias, a Sociedade Seguradora poderá, vedada a redução da tarifa, estabelecer uma franquia percentual facultativa, além da obrigatória.

3 – CARREGAMENTOS PARA DESPESAS

Para o cálculo dos prêmios comerciais foi previsto um carregamento para despesas administrativas e de aquisição de 30% do prêmio comercial. Este carregamento destina-se:

3% para comissão de administração

5% para comissão de corretagem

22% para despesas administrativas

4 – PRÊMIO

4.1 – No Plano Padrão

Os prêmios comerciais mensais mínimos do plano padrão, por garantia, são os apresentados na TABELA 2, determinados em função da idade e do sexo.

4.2 – Em Planos Diferentes do Padrão

Para níveis de cobertura diferentes do plano padrão, os prêmios comerciais mensais mínimos são obtidos pela aplicação dos Fatores de Conversão para Níveis (FCN), constantes da TABELA 3, sobre os prêmios do plano padrão.

5 – REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Anualmente, na data de aniversário da apólice, será calculado um índice de correção baseado na experiência do grupo e que será dado por:

$$I_K = \frac{S_{K-2} + S_{K-1}}{0,7 \left(\frac{P_{K-2}}{I_{K-2}} + \frac{P_{K-1}}{I_{K-1}} \right)}$$

onde:

I_K = índice de correção para o prêmio do K° ano

S_{K-2} = soma dos valores reembolsados no (K-2)º ano

S_{K-1} = soma dos valores reembolsados no (K-1)º ano

P_{K-2} = prêmio cobrado no (K-2)º ano

P_{K-1} = prêmio cobrado no (K-1)º ano

I_{K-2} = índice que vigorou para o período (K-2)º ano

I_{K-1} = índice que vigorou para o período (K-1)º ano

Ficando estabelecido que:

a) para $K = 1 \rightarrow I_1 = 1$

b) para $K = 2 \rightarrow$ considerar apenas S_{k-1} , P_{k-1} e I_{k-1} da fórmula acima.

5.1 – Quando o índice (I) apurado da forma acima for maior que 1, o prêmio da tarifa mínima deverá ser multiplicado pelo índice.

6 – RESERVAS

Mensalmente a Seguradora constituirá as seguintes reservas:

- a) Reserva de Riscos não Expirados; e
- b) Reservas de Sinistros a Liquidar.

Estas reservas deverão ser constituídas de acordo com as normas vigentes.

7 – DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1 – O seguro deverá abranger obrigatoriamente as garantias principais, sendo opcional a escolha de uma ou mais garantias acessórias. Deverá ser observada sempre a extensão das garantias escolhidas a todos os componentes do grupo.

7.2 - O nível de cobertura escolhido por ocasião da aceitação do seguro deverá ser uniforme para todas as garantias e para a totalidade dos componentes do grupo. Na hipótese de optar-se por níveis de cobertura diferentes para o mesmo grupo, estes níveis deverão ser determinados em função de fatores objetivos comprováveis, tais como: salário, sexo, cargo ou função.

Para cada subgrupo assim formado, o nível de cobertura será único para todas as garantias e para a totalidade dos componentes do subgrupo.

7.3 – Se durante a vigência da apólice ocorrer alteração no valor da U.S., a seguradora deverá atualizar o valor da U.S. a partir do 1º dia do mês subsequente ao da vigência do novo valor.

Neste caso, o prêmio e o limite de reembolso expressos em cruzeiros serão atualizados a partir da vigência considerada pela Sociedade Seguradora.

LIMITE DE REEMBOLSO DO PLANO PADRÃO

TABELA 1

	Garantias	Limites de Reembolso
GARANTIAS PRINCIPAIS	Diárias Hospitalares	- Até 150 US/dia e - período total de internação de até 180 dias por ano em um ou mais eventos
	Despesas Hospitalares	- internação clínica até 700 US - internação cirúrgica: - cirurgia de pequeno porte – até 350 US - cirurgia de médio porte de 351 e 500 US - cirurgia de grande porte de 501 a 700 US
	Honorários Médico	- até 6 vezes a tabela de honorários médicos de INAMPS para cada evento
	Pequenas Cirurgias e Tratamentos Ambulatoriais de Causa Acidental	- até 150 US, por evento
GARANTIAS ACESSÓRIAS	Consultas Médicas	- até 40 US/ consulta e - até 8 consultas/ ano por participante
	Exames Complementares	- até 3 vezes a tabela do INAMPS por exame e - até 300 US/ano por participante
	Tratamentos Fisioterápicos	- até 150 US por tratamento e - até 10 aplicações
	Tratamentos Dentários	- até 500 US/ano por participante - obturações: até 30 US por dente - extrações: até 25 US por dente - radiografias: até 5 US por radiologia
	Partos	- normas: até 1.200 US - cesarianas: até 1.200 US

TARIFA MÍNIMA DO PLANO PADRÃO PRÊMIOS COMERCIAIS MENSAIS EM US

TABELA 2

Prêmio \ Garantia	Masc. ≥ 18	Fem. ≥ 18	Masc/fem < 18
Garantias Principais	31	32	21
Consultas Médicas	11	20	13
Exames Complementares	7	11	7
Tratamentos Fisioterápicos	2	4	2
Tratamentos Dentários	17	24	9
Partos		Fem ≥ 18	
	44		

FATORES DE CONVERSÃO PARA NÍVEIS - FCN

TABELA 3

NÍVEL DA COBERTURA	1,0	1,5	2,0	2,5	3,0	4,0
RCN	1,0	1,4	1,6	1,9	2,1	2,6

** Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.08.81.*