

## SEGURO DE VIDA

### Carta aos Participantes REFER

A REFER foi impossibilitada de dar sequência à apólice de Seguro de Vida existente com a SulAmérica, pelo fato de que seria necessária a adesão de 75% dos segurados no novo valor estipulado, em face da alta sinistralidade, e conforme disposições da Susep – o que não aconteceu.

Em face disso, a Diretoria da REFER acatou a sugestão da

Associação dos Aposentados da RFFSA (AARFFSA) para que uma nova apólice fosse estudada nos mesmos moldes oferecidos.

Assim, foram disponibilizadas à Associação todas as informações necessárias para a viabilização da nova proposta, que implicará a adesão de, no mínimo, mil participantes, sendo 500 com idade de até 55 anos.

A Associação dos Apo-

sentados encontra-se em condições de oferecer o Seguro de Vida a todos nós, inclusive aos idosos, com opção por verbas maiores ou menores das que possuíam, em função do valor que possam dispendir para garantir a sua participação.

Neste encarte você encontra todas as informações necessárias sobre o Seguro de Vida.

Atenciosamente,

  
**Marco André Marques Ferreira**  
Diretor-presidente da REFER

  
**Nelson Cruz**  
Presidente da AARFFSA

### Associação dos Aposentados da RFFSA oferece Seguro de Vida aos participantes da REFER

A Associação dos Aposentados da RFFSA (AARFFSA), com apoio da REFER, logo após o encerramento da Apólice de Seguro de Vida, em 30 de abril de 2012, iniciou estudos para viabilizar, nos mesmos moldes oferecidos anteriormente, nova proposta aos segurados. Com isso, foram levantadas as informações necessárias para oferecer o serviço, que é mais uma forma de resguardar os participantes em momentos de necessidade.

#### Entenda

Em fevereiro de 2012, atendendo ao artigo 8º da Circular Susep nº 317, de 12/01/2006, a REFER enviou carta a todos os participantes do Seguro de Vida, informando sobre o reajuste da apólice em 46% sobre os prêmios segurados praticados na ocasião. Foi solicitado que os participantes emitissem concordância sobre o reajuste, uma vez que as apólices somente seriam renovadas

mediante a anuência de, pelo menos, 75% do grupo segurado.

Como o vencimento da apólice que estava em vigor era 30 de abril, a Fundação iniciou processo de concorrência em janeiro de 2012 e convocou a participação de 17 Corretoras e/ou Administradoras de Seguros conceituadas no mercado. Por ter o grupo segurado uma idade média alta e, conseqüentemente, sinistralidade elevada, somente cinco propostas foram apresentadas à Fundação.

A proposta vencedora – SulAmérica Seguros – após estudos da massa de segurados da REFER, apresentou o custo da apólice que, em relação ao que vinha sendo praticado, representou um reajuste de 46%. De acordo com as normas da Susep, órgão regulador e fiscalizador das seguradoras, para reajustes superiores a 30% é necessária a anuência de, pelo menos, 75% do grupo segurado para a renovação

da apólice. Assim, a Fundação solicitou que os segurados se pronunciassem, em tempo hábil, para manifestar sua concordância em relação ao aumento da mensalidade (prêmio). Todos os participantes segurados foram comunicados que, caso não fosse alcançado o percentual mencionado, a apólice seria encerrada, fato que independia da vontade da Fundação, que é obrigada a cumprir a legislação.

Apesar de todos os esforços feitos pela Fundação REFER para a renovação da apólice de seguro de vida, não foi alcançado o percentual exigido, uma vez que a maioria dos segurados não se manifestou em tempo hábil, ficando a REFER impossibilitada de providenciar a renovação, o que implicou a extinção da prestação do serviço através da apólice existente, na qual a REFER era estipulante, com garantia de cobertura até 30 de abril de 2012.

## SEGURO DE VIDA

### Segurança para você e sua família!

O novo seguro possui diversas coberturas pré-determinadas. Basta escolher o valor pretendido para a cobertura básica e toda sua família estará coberta automaticamente. Essa é uma ótima oportunidade para garantir, agora, a sua segurança e da sua família para o futuro.

### Benefícios:

- Os valores da Cobertura Básica poderão ser escolhidos conforme tabela abaixo.
- Titular (Cobertura Básica): morte, invalidez permanente total ou parcial por acidente;
- Cônjuge (Cobertura Automática): morte, com 50% do capital escolhido;
- Filhos (Cobertura Automática): morte, com 10% do capital da cobertura básica, limitado a R\$ 3.000,00;
- Auxílio Funeral Familiar de até R\$ 3.000,00 por proponente (Cobertura Automática).

Obs.: Para os filhos menores de 14 anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser

comprovadas mediante apresentação de recibos especificados das despesas.

### Condições para Efetivação do Seguro:

- Prazo para a implantação do seguro: de 01/11/2012 a 31/12/2012;
- Após o período de implantação, teremos ainda o período de 01/01/2013 a 31/01/2013 para inclusão de pessoas com idade até 98 anos. Após esse período, as inclusões ficam limitadas a pessoas com até 65 anos;
- Quantidade mínima de adesões: total de 1.000 participantes com o mínimo de 500 vidas com idade inferior a 56 anos;
- Os afastados em auxílio-doença e aposentados por invalidez não serão aceitos;
- O preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividades (DPSA) segue as seguintes condições:

- 1- Capital acima de R\$ 30.000,00: obrigatório para todas as idades;
- 2- Capital até R\$ 30.000,00: obrigatório para associados com idade superior a 55 anos;
- 3- Capital até R\$ 10.000,00: obrigatório para associados com

idade entre 55 anos e 65 anos;

**4-** A partir de 66 anos de idade: obrigatório o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde e Atividades (DPSA), independente do capital segurado;

**5-** Haverá reenquadramento de faixa etária dos segurados no aniversário da apólice.

### Início de Vigência do Seguro:

O início da vigência do seguro está previsto para 01/11/2012, desde que o mínimo exigido para a adesão (1.000 vidas) seja alcançado.

As informações sobre a adesão ao plano estão disponíveis nos sites: [www.aarffsa.com.br](http://www.aarffsa.com.br) e [www.refer.com.br](http://www.refer.com.br).

As DPSAs enviadas durante a angariação estarão sujeitas ao critério de aceitação da Sul América, as quais poderão ser recusadas ou sofrerem alterações de coberturas.

**Os participantes da REFER e associados da AARFFSA que desejarem aderir ao Seguro de Vida devem entrar em contato através dos telefones: (21) 2569-7878 e 3437-3786, das 10h às 17h, ou pelo e-mail [segurodevida@aarffsa.com.br](mailto:segurodevida@aarffsa.com.br)**

### Tabela de Prêmio por Faixa Etária com Auxílio Funeral

Faixa Etária	Importâncias Seguradas								
	2.500,00	5.000,00	10.000,00	20.000,00	30.000,00	40.000,00	60.000,00	80.000,00	100.000,00
Até 40 anos	5,48	6,99	9,99	16,00	22,01	28,02	40,05	52,07	64,09
41 a 50 anos	6,30	8,63	13,28	22,57	31,87	41,16	59,75	78,34	96,93
51 a 55 anos	7,69	11,40	18,81	33,64	48,48	63,31	92,97	122,64	152,30
56 a 60 anos	8,63	13,27	22,57	41,15	59,74	78,32	115,49	152,66	189,83
61 a 65 anos	12,38	20,78	37,58	71,18	104,78	138,38	205,59	272,79	339,99
66 a 70 anos	14,73	25,47	46,97	89,95	132,94	175,92	261,89	347,86	433,83
71 a 75 anos	15,90	27,82	51,66	99,34	147,01	194,69	290,05	385,40	480,76
76 a 80 anos	18,01	32,04	60,10	116,23	172,35	228,47	340,72	452,96	565,21
81 a 85 anos	22,49	41,01	78,04	152,10	226,15	300,21	448,33	596,44	744,56
86 a 98 anos	27,04	50,11	96,24	188,49	280,75	373,00	557,52	742,03	926,54

\* Para os não associados da AARFFSA, será cobrada mensalidade de R\$ 6,00, referente exclusivamente à administração do Seguro de Vida, a ser descontada na folha de pagamentos da REFER.

# PROPOSTA DE SÓCIO SEGURO DE VIDA – AARFFSA

MATRÍCULA (não preencher)

NOME COMPLETO		
RESIDÊNCIA (ENDEREÇO COMPLETO, Nº, BLOCO, QUADRA, APTº, CASA)		
BAIRRO	CIDADE	UF
CEP	DDD + TELEFONE FIXO	DDD + TELEFONE CELULAR
E-MAIL		
NASCIMENTO	CPF Nº	RG Nº
( ) APOSENTADO ( ) PENSIONISTA	MATRÍCULA REFER	Nº BENEFÍCIO INSS
Autorizo a Fundação REFER a descontar, em folha de pagamento, as mensalidades devidas à AARFFSA. Declaro estar ciente de que, para solicitar ingresso no Seguro de Vida, deverei aguardar a aprovação da seguradora.		
Local e data		Assinatura do Pretendente
MENSALIDADE – R\$ 6,00		



## AVISO IMPORTANTE

Para aderir ao Seguro de Vida é necessário preencher a **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades (DPSA)**, documento emitido pela Sul América Seguros, encartado nesta edição, bem como o formulário acima, com a **Proposta de Sócio Seguro de Vida – AARFFSA**, autorizando a Fundação REFER descontar, em folha de pagamento, além do prêmio segurado, a mensalidade de R\$ 6,00 devida à Associação dos Aposentados para administrar o Seguro.

Ambos os formulários preenchidos deverão ser enviados para o endereço da Associação dos Aposentados, na Rua Santo Afonso, nº 131, Grupos 502 e 503, bairro Tijuca, Rio de Janeiro (RJ). Cep.: 20511-170.

Dúvidas ou informações adicionais ligar para (21) 2569-7878 ou 3437-3786, das 10h às 17h, ou enviar e-mail para [segurodevida@aarffsa.com.br](mailto:segurodevida@aarffsa.com.br).

Os campos demarcados serão preenchidos pela SulAmérica na inclusão da proposta.

Manutenção <input checked="" type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	UOP 4.230	Cia 6220	Sucursal 132	Ramo	Apólice
Nº do Certificado	Grupo	Plano	Pró-labore	Estipulante Associação dos Aposentados da RFFSA	Estrutura de Venda 2611201

**Dados do Proponente**

Nome			Data de Nascimento		Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	
Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Sep. Jud. <input type="checkbox"/> Divor.		Altura	Peso	Matricula	Admissão	CPF
Cartão/Profissional	Renda Mensal		Vigência Fatura		Término Vigência	
Endereço Completo				Bairro		
Cidade		UF	CEP	DDD - Telefone	Dt Emissão	Órg. Emissor
Nome do Responsável ( Quando menor 18 anos)					CPF	
Custeio - <input checked="" type="checkbox"/> Contributário <input type="checkbox"/> Não Contributário			101% Empresa		11001% Funcionário	

**Dados do Cônjuge**

Nome do Cônjuge			CPF
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Vigência Fatura	Término de Vigência	

**Capitais Segurados**

Coberturas	Processo Susep	Principal	Cônjuge	Filho	Prêmio Inicial
Morte	15414.003484/2006-58				
Morte Acidental	15414.003486/2006-47				
IPA	15414.003485/2006-01				
IFPD	15414.003468/2006-11	Não Contratada			
DMH	15414.003479/2006-45	Não Contratada			
Funeral	15414.003991/2006-91	3.000,00			
Doenças Graves	15414.003487/2006-91	Não Contratada			
Auxílio Cesta Básica	15414.003484/2006-58	Não Contratada			
Serviço Assistência Viagem	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Não Contratada			
<b>Prêmio Total</b>					

O pagamento da indenização por morte ou invalidez total implica o cancelamento do contrato do segurado principal, bem como dos segurados dependentes para toda e qualquer cobertura contratada.

**Beneficiários do Proponente**

Nome	Data Nasc.	Grau Parentesco	Percentual

Declaro que tive prévio conhecimento da íntegra das condições gerais e que na falta de indicação de beneficiário, a indenização será paga conforme legislação em vigor. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora, a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco. "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, CNPJ ou CPF". O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. Declaro, também, que a Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho e que todas as informações, respostas e declarações deste proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções.

**Local e Data****Assinatura do Proponente e/ou Responsável**

**SAC (Serviço de atendimento ao cliente)** – 0800 970 0027 – 0800 702 2242 – (Deficiente Auditivo e fala) – **Central de Serviço:** 4004-5914 (Capitais e Regiões Metropolitanas) - 0800 727 5914 (Demais regiões) - **Ouvidoria:** Caixa Postal 13738 - Rio de Janeiro - Cep 20210-972 ou site [sulamerica.com.br](http://sulamerica.com.br)

**Declaração Pessoal de Saúde e Atividade**

Esta Declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal escrevendo "Sim" ou "Não" no campo de respostas, e as explicações abaixo da última pergunta, quando for o caso.	Principal Sim / Não	Cônjuge Sim / Não
1) Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, especifique o motivo. Caso seja aposentado, especifique se a aposentadoria ocorreu por tempo de serviço/idade ou por invalidez.		
2) Pratica competições desportivas, pára-quadismo ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Favor informar qual.		
3) É portador de alguma moléstia ou doença (inclusive profissional) que o obrigue a consultar médicos, fazer exames ou tomar algum medicamento periodicamente? Em caso afirmativo, favor informar qual e a periodicidade.		
4) Já foi submetido a tratamento clínico (inclusive punção ou biópsia), cirúrgico, tratamento com radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia ou de reabilitação em regime de internação (inclusive para tratamento de dependência química de álcool ou droga)? Em caso afirmativo, favor informar quando, onde e motivo?		
5) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Cite-os, indicando o grau de redução funcional e se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, óculos ou lentes de contato com grau.		
6) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis) ou para a realização de cirurgia? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.		
7) Tem diabetes, sofre ou sofreu de alteração de níveis pressóricos (hipertensão arterial), tem ou teve problema circulatório ou vascular? Em caso afirmativo informar qual e quando esteve em tratamento.		
8) Tem ou teve algum problema, ou já realizou exames cardiológicos para detectar alguma doença do coração tal como, angina, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, doença das válvulas do coração ou outras patologias do coração e suas artérias?		
9) Tem ou teve alguma das seguintes situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa, tumores (benigno ou maligno), doença do sangue ou auto-imune? Em caso afirmativo, favor informar qual, diagnóstico e tratamento adotado.		
10) Tem ou teve alguma doença ou disfunção do trato gastrointestinal, na próstata, bexiga ou nos rins (inclusive insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise ou tumor renal)? Em caso afirmativo especifique o problema e tratamento adotado.		
11) Submeteu-se ou tem indicação para algum transplante? Especifique.		
12) Tem ou teve algum problema pulmonar ou doença psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento)? Em caso afirmativo, favor informar qual e o tratamento e medicação adotados.		
13) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual e tratamento adotado.		
14) Possui outro(s) seguro(s) de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data e/ou teve alguma proposta recusada ou pendente de aceitação? Em caso afirmativo, especifique.		
15) Realizou exames específicos para detectar alguma doença nos últimos 5 anos, tais como: exames de sangue, de urina, raio X, angiografia, ressonância magnética, tomografia, Pet CT ou qualquer outro exame de diagnóstico? Especifique o(s) tipo(s) de exame(s), data da realização e o(s) resultado(s)		
16) Já foi seqüestrado ou sofreu ameaças de seqüestro ou de morte?		
17) Seu salário é a sua única fonte de renda? Em caso negativo, qual(is) a(s) outra(s).		

Caso você tenha que completar alguma resposta acima, utilize o espaço abaixo, especificando o campo.

Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações prestadas nesta proposta são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Autorizo a SulAmérica a buscar, se necessário, novos subsídios para análise e verificação das informações aqui prestadas, no momento da contratação e efetuar a inclusão de informações, sinistros e ocorrências relacionadas ao presente seguro, em banco de dados, aos quais a seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros. Concordo que as declarações prestadas passem a fazer parte integrante do contrato do seguro a ser celebrado com a SulAmérica, ficando a mesma autorizada a utilizá-las, em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. Autorizo ainda quaisquer outras entidades médicas que tenham me assistido clinicamente, as quais dispõem do sigilo profissional, a prestar informações completas sobre consultas, tratamentos ou diagnósticos sobre minha pessoa. Pelo presente, **autorizo a inclusão do meu nome na apólice de seguro de pessoas** contratada pelo Estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das Condições Gerais, devendo ser encaminhadas diretamente ao Estipulante, as comunicações ou avisos inerentes ao contrato. Autorizo o Estipulante a descontar do meu salário em folha de pagamento a importância, relativa a minha contribuição para os Seguros Coletivos de Vida e/ou Acidentes Pessoais, contratados sobre minha vida e/ou do meu cônjuge, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força das Escalas das Quantias Seguradas e de acordo com as demais condições da(s) respectiva(s) Apólice(s) para as quais designo o(s) beneficiário(s) citado(s) no verso.

Local e Data	Assinatura do Proponente	
Proponente não alfabetizado - Inclusão mediante a assinatura de duas testemunhas (a rogo).	1ª Testemunha	2ª Testemunha