



MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E DO COMÉRCIO
SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR N° 024, de 15 de Março de 1972

Aprova as NORMAS para o Seguro de Vida em Grupo de Prestamistas no Plano Temporário por um ano, renovável.

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

considerando o que consta do processo SUSEP- 20.258/70,

RESOLVE:

1. Aprovar as NORMAS para o Seguro de Vida em Grupo de Prestamistas no Plano Temporário por 1 (um) ano, renovável.
2. Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas a Portaria n° 32, de 08-11-66, do extinto DNSPC, e demais disposições em contrário.

DÉCIO VIEIRA VEIGA
Superintendente

“NORMAS PARA O SEGURO DE VIDA EM GRUPO DE PRESTAMISTAS NO PLANO TEMPORÁRIO POR UM ANO, RENOVÁVEL.”

Conceituação e Elementos Gerais

1.01 – PRESTAMISTAS – São as pessoas que convencionaram pagar prestações a pessoa jurídica para amortizar a dívida contraída ou para atender a compromisso assumido.

1.02 – CLASSES DE OPERAÇÕES – Poderão ser cobertos por esta modalidade de seguro os participantes das seguintes operações:

- a) devedores hipotecários;
- b) participantes de fundos de investimentos ou poupança;
- c) participantes de consórcios de automóveis ou de outros bens duráveis;
- d) compradores por crediário;
- e) devedores de empréstimos; e

f) participantes de outros tipos de operações análogas que possam ser perfeitamente caracterizadas e definidas.

1.02.01 – As classes de operações poderão ser desdobradas em diferentes planos ou programas.

1.03 – GRUPO SEGURÁVEL – É constituído por todos os prestamistas seguráveis de determinado plano ou programa de uma das classes de operações da mesma pessoa jurídica.

1.04 – ESTIPULANTE – É a pessoa jurídica que contrata o seguro de seus prestamistas com a Sociedade Seguradora.

1.05 – GRUPO SEGURADO – É, em qualquer época, o conjunto de todos os componentes de grupo segurável, desde que efetivamente aceitos no seguro e com a cobertura em vigor.

1.06 – CAPITAL SEGURADO DO COMPONENTE – O capital segurado do componente poderá ser:

- a) constante durante toda a vigência do contrato e limitado ao valor inicial da dívida ou de compromisso; ou
- b) variável e igual ao estado da dívida ou do compromisso.

1.06.01 – O capital segurado poderá ser uniforme para todos os componentes, independentemente do valor inicial da dívida ou do compromisso, desde que não ultrapasse 30 SM, onde SM representa o valor numérico do maior salário mínimo mensal vigente no país.

1.06.02 – CAPITAL SEGURADO MÁXIMO DO COMPONENTE – Não poderá exceder a 400 SM.

1.07 – NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS – Não poderá ser inferior a 100 (cem) vidas para fins de aceitação.

1.08 – COBERTURA ADICIONAL DE DUPLA INDENIZAÇÃO – Poderá ser concedida a Cobertura Adicional de Dupla Indenização por morte acidental, somente na forma total (profissional mais extra-profissional) e para a totalidade do grupo segurado, observado o limite de idade porventura fixado na respectiva cláusula.

1.09 – OUTRAS COBERTURAS E BENEFÍCIOS – Não poderá ser concedida a cláusula de Participação nos lucros, nem qualquer outra cobertura adicional, cláusula ou benefício.

1.10 – ACEITAÇÃO DE SEGURADOS – Só poderão ser aceitas no seguro as pessoas que tenham, no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade, que estejam em plena atividade de trabalho e que comprovem estar gozando de condições satisfatórias de saúde.

1.10.01 – Para a seleção do risco deverá ser observado ainda o seguinte:

1.10.01.01 – Nas classes de operações que envolvam aquisição de bens ou prestação de serviço:

a) até 100 SM – a critério da Sociedade Seguradora; e

b) sobre o excesso de 100 SM até atingir o máximo de 400 SM de capital segurado – declaração pessoal de saúde (modelo anexo).

1.10.01.02 – Nas demais classes de operações, ou seja, aquelas de caráter exclusivamente financeiro:

a) até 50 SM – a critério da Sociedade Seguradora;

b) sobre o excesso de 50 SM até atingir o máximo de 200 SM de capital segurado – declaração pessoal de saúde; e

c) sobre o excesso de 200 SM até atingir o máximo de 400 SM de capital segurado – além da declaração pessoal de saúde, período de carência de 9 (nove) meses.

1.10.01.02.01 – As exigências previstas na alínea “c” do subitem 1.10.01.02, poderão ser substituídas por exames médicos.

1.10.01.03 – Os candidatos que forem recusados pela Sociedade Seguradora, poderão, a critério desta, não ser incluídos no seguro, mesmo com redução do valor da dívida ou compromisso inicial.

1.10.02 – Não poderão ser aceitos no seguro os candidatos, cuja idade inicial, somada ao prazo de duração do seguro, superar a 70 (setenta) anos.

1.11 – DURAÇÃO DO SEGURO – Para cada segurado, a duração do respectivo seguro não poderá exceder a data de extinção da dívida ou do compromisso inicial.

1.11.01 – Para fins do disposto no item 1.10 e seus subitens, considerar-se-á como nova inclusão todo prestamista que, depois de terminada a operação anterior, contrair nova dívida ou novo compromisso, respeitada a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 05.04.72.*

1.11.02 – Para os fins previstos no item 1.10 e seus subitens, considerar-se-á também como novo seguro, qualquer aumento de responsabilidade (dívida ou compromisso), não previsto inicialmente, contraído por prestamista já segurado, respeitada a idade máxima de 65 (sessenta e cinco) anos.

1.12 – PRÊMIOS – Os prêmios serão calculados de acordo com os subitens abaixo, não se aplicando obrigatoriamente o critério convencional de cálculo da taxa média, ainda que o Estipulante forneça os elementos necessários, isto é, relação dos Componentes com as idades e respectivos capitais segurados.

1.12.01 – As taxas médias mensais mínimas por Cr\$ 1.000,00 (hum mil cruzeiros) de capital segurado, são as da tabela seguinte, na qual a classe “A” compreende as operações que envolvem aquisição de bens e prestação de serviços e a classe “B” os outros tipos de operações:

C L A S S E	NÚMERO DE PRESTAMISTAS SEGURADOS			
	Até 2.999		3.000 OU MAIS	
	Cobertura Principal	Cobertura Principal e Dupla Indenização	Cobertura Principal	Cobertura Principal e Dupla Indenização
A	0,80	0,90	0,70	0,80
B	0,90	1,00	0,80	0,90

1.12.02 – Havendo carência, o prêmio mínimo durante o respectivo período será o previsto no subitem anterior. A diferença entre o prêmio cobrado no período de carência e o custo do risco da cobertura principal (pagamento do capital em caso de morte por acidente, ou devolução dos prêmios pagos em caso de morte natural), será considerada como carregamento especial.

1.12.03 – A partir do 2º ano de vigência da apólice, a Sociedade Seguradora procederá, anualmente, ao recálculo da taxa média, de acordo com a fórmula indicada no subitem 1.12.03.01, e, com base no resultado obtido, adotará:

- a) a taxa do recálculo, sempre que esta exceder em mais de 10% (dez por cento) a do ano anterior;
- b) a taxa do ano anterior ou a taxa mínima indicada no subitem 1.12.01, caso esta última seja superior à taxa do recálculo.

**Este texto não substitui o publicado no DOU de 05.04.72.*

1.12.03.01 – A fórmula que servirá de base para o recálculo da taxa média mensal – inclusive Dupla Indenização quando houver – é a seguinte:

$$t = \frac{1}{1 - \alpha} \sum_{n=1}^{n=k} S_n : \sum_{n=1}^{n=k} C_n$$

na qual

α = carregamento mínimo de 40% (quarenta por cento) do prêmio comercial acrescido da taxa percentual da comissão de administração efetivamente paga;

k = número dos últimos meses de vigência considerados no cálculo, limitados a 36 (trinta e seis);

n = número de ordem do mês de vigência considerado no cálculo;

s_n = soma do valor dos sinistros “em cruzeiros”, avisados no mês “n”, tanto os da cobertura principal – Computando-se nestes, no período de carência, o capital - com os de Dupla Indenização, se houver;

c_n = soma dos capitais segurados, “em milhares de cruzeiros”, em vigor no mês “n”, sobre o qual foi aplicada a taxa média para determinação do prêmio da fatura mensal.

1.12.03.02 – A fim de evitar desvios no caso de apólices com menos de 500 (quinhentos) participantes, a Sociedade Seguradora poderá juntar, exclusivamente para fins de cálculo da taxa média mensal (t), diversas apólices da mesma classe de operações.

1.12.04 – Nos grupos com mais de 1.000 (hum mil) prestamistas segurados, a Sociedade Seguradora poderá aplicar, somente a partir do 4º ano de vigência da apólice, taxas inferiores às indicadas no subitem 1.12.01, desde que calculadas de acordo com a fórmula do subitem 1.12.03.01, e, em qualquer hipótese, respeitadas as taxas mensais mínimas absolutas, que figuram no quadro abaixo, por Cr\$ 1.000,00 (hum mil cruzeiros) de capital segurado:

C L A S S E	NÚMERO DE PRESTAMISTAS SEGURADOS			
	DE 1.000 A 2.999		DE 3.000 OU MAIS	
	Cobertura Principal	Cobertura Principal e Dupla Indenização	Cobertura Principal	Cobertura Principal e Dupla Indenização
A	0,60	0,70	0,50	0,60
B	0,70	0,80	0,60	0,70

*Este texto não substitui o publicado no DOU de 05.04.72.

1.13 – BENEFICIÁRIOS – O primeiro beneficiário será o Estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso. Nos casos em que o capital segurado ultrapassar o saldo acima referido, a diferença será paga ao segundo beneficiário previamente indicado pelo segurado.

1.14 – COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO – Poderá ser concedida ao Estipulante até o máximo de 10% (dez por cento) dos prêmios.

1.15 – COMISSÃO DO ANGARIADOR – A comissão a ser paga aos angariadores de cartões-proposta não poderá exceder a 50% (cinquenta por cento) do primeiro prêmio mensal individual.

1.16 – CONDIÇÕES ESPECIAIS – Nos grupos com 3.000 (três mil) ou mais prestamistas segurados, a Sociedade Seguradora, mediante prévio entendimento com o Estipulante, poderá dispensar a obtenção do cartão-proposta, desde que o seguro satisfaça as seguintes características:

- a) o seguro abranja todos os componentes do grupo com idade inicial até 60 (sessenta) anos;
- b) o capital segurado de cada componente do grupo não ultrapasse 100 SM e 50 SM, respectivamente, nas Classes A e B de operações definidas no subitem 1.12.01;
- c) o capital segurado de cada componente do grupo, em qualquer momento de vigência do seguro, seja igual ao estado da dívida ou compromisso;
- d) não seja concedida Cobertura Adicional de Dupla Indenização.

1.16.01 – Para gozar destas condições especiais, o Estipulante terá que atender às seguintes exigências mínimas:

a) dispor de serviço de contabilização que permita o controle mensal dos saldos devedores dos prestamistas, individualmente e coletivamente;

b) quando o capital máximo de cada componente não ultrapassar 50 SM, o Estipulante informará mensalmente, à Sociedade Seguradora, o capital total segurado do grupo, que corresponderá à soma dos saldos devedores de todos os prestamistas segurados, e que servirá de base para cálculo do prêmio da fatura mensal.

c) quando o capital máximo de cada componente for superior a 50 SM, mas inferior a 100 SM, o Estipulante fornecerá, mensalmente, à Sociedade Seguradora, uma relação discriminada do saldo devedor de cada prestamistas, podendo o nome do segurado ser substituído pelo número do contrato firmado entre ele e o Estipulante, relação esta que conterà também a soma dos referidos saldos devedores e que corresponderá ao capital segurado com base no qual será calculado o prêmio da fatura mensal.

d) o Estipulante colocará à disposição da Sociedade Seguradora seus registros contábeis de prestamistas, para as verificações eventualmente necessárias, devendo esta condição ser objeto de cláusula específica da apólice.

1.16.02 – A liquidação dos sinistros poderá ser feita mediante apresentação da certidão de óbito do prestamista e do respectivo “carnet” de pagamento mensal, responsabilizando-se a Sociedade Seguradora pelo pagamento das prestações que se vencerem após a data do falecimento do segurado.

1.16.03 – Nos seguros que gozarem destas condições especiais, não haverá comissão de angariação.

1.17 – Aplicam-se aos seguros em Grupo de Prestamistas, quando cabíveis, as disposições dos Capítulos 1, 4 e 5 das “normas para o Seguro de Vida em Grupo no Plano Temporário por 1 (um) ano, renovável, para empregados e membros de associação”, que não contrariem estas Condições Especiais.

MODELO DE DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

Nome do Candidato:

Data do Nascimento: Documento de Identidade

1) Considera-se atualmente em boas condições de saúde

2) Sofre atualmente, ou sofreu, nestes três últimos anos, de alguma moléstia que o tenha levado a fazer tratamento médico, hospitalizar-se, submeter-se a intervenção cirúrgica, ou a afastar-se das suas atividades normais de trabalho?

Em caso positivo, especifique o tratamento feito e forneça nomes dos médicos, hospitais, casas de saúde e seus respectivos endereços:

.....
.....
.....

3) Encontra-se, atualmente, em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, indique o motivo:

Eu, abaixo assinado, declaro que as respostas acima dadas são certas, completas e verdadeiras, ciente como estou de que quaisquer omissões ou falsidades nelas contidas, tornarão nulo o Seguro, nos termos do Art. 1.444 do Código Civil Brasileiro. Outrossim, autorizo a sociedade seguradora a solicitar, aos médicos que me trataram ou que vierem a me tratar, informações sobre o meu estado, podendo utilizá-las a qualquer tempo, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.

.....
Local e Data

.....
Assinatura do Proponente