



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Superintendência de Seguros Privados

**CIRCULAR SUSEP nº 021 de 15 de agosto de 1986**

Aprova Normas Para o Seguro Vida em Grupo Temporário Anual, Renovável, Para Empregados, Membros de Associações e Grupos Abertos.

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

**R E S O L V E:**

1 – Aprovar as Normas Para o Seguro Vida em Grupo Temporário Anual, Para Empregados, Membros de Associações e Grupos Abertos, anexas, que ficam fazendo parte integrante desta circular.

2 – Esta circular entra em vigor 30 (trinta) dias após a sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

**JOÃO REGIS RICARDO DOS SANTOS**  
Superintendente

NORMAS PARA O SEGURO VIDA EM GRUPO TEMPORÁRIO ANUAL, RENOVÁVEL,  
PARA EMPREGADOS, MEMBROS DE ASSOCIAÇÕES E GRUPOS ABERTOS – NSVG.

CLASSES DE GRUPOS

Art. 1º - Os grupos são classificados de acordo com a natureza do vínculo de seus componentes com o estipulante, a saber:

CLASSE A – Grupos constituídos exclusivamente por componentes de uma ou mais categorias específicas de empregados de um mesmo empregador.

CLASSE B – Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituídas, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente o de desconto na folha de salários, ressalvado o estabelecido no parágrafo 4º deste artigo e no caput do art. 5º.

CLASSE C – Grupo de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas que admitam a estipulação de seguros através de estatuto ou de decisão administrativa.

§ 1º - Equipara-se ao empregador a entidade fechada de previdência privada.

§ 2º - A apólice de grupo da classe A poderá abranger empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

§ 3º - Os grupos constituídos por membro de associações que congreguem exclusivamente empregados de um mesmo empregador, ou de um grupo de empresas, conforme definido no parágrafo 2º, serão considerados como de classe A.

§ 4º - São incluídas na classe B as entidades de classe em que haja seleção profissional, não se exigindo neste caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha.

§ 5º - São incluídos na classe C os denominados grupos abertos, em que a vinculação do Segurado ao grupo se dá pela simples adesão ao respectivo plano.

ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Art. 2º - Somente poderão ser incluídos no seguro dos Grupos das classes A e B os empregados ou associados do estipulante que estiverem em serviço ativo no dia fixado para início do respectivo risco individual, ressalvado o disposto no caput do art. 5º e seu § 1º.

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

Parágrafo único – Poderão ser feitas outras exigências para aceitação nos Grupos, como declaração pessoal ou prova de saúde.

Art. 3º - A inclusão no seguro dos Grupos da classe C será caracterizada mediante declaração pessoal ou prova de saúde e atendimento a outras exigências para aceitação, eventualmente feitas pela Seguradora.

Art. 4º - Nos grupos das classes B e C, poderão as Seguradoras adotar uma carência de até 90 (noventa) dias na cobertura básica, para a cobertura de morte natural.

Parágrafo único – Quando houver transferência do grupo segurado de uma para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

### APOSENTADOS

Art. 5º- Os aposentados poderão participar do seguro, pagando eles próprios, ou o estipulante, seus respectivos prêmios, desde que não tenham sido aposentados por invalidez.

§ 1º - Nas classes A e B os aposentados só poderão ser aceitos no início de vigência das apólices.

§ 2º - Os segurados que aposentarem durante a vigência da apólice serão mantidos no seguro, sem redução de seu capital segurado, se assim o desejarem, observado o parágrafo único do art. 25.

§ 3º - Os segurados aposentados serão mantidos no seguro, ainda que o grupo segurado seja transferido de uma para outra apólice, da mesma ou de outra Seguradora.

§ 4º - Fica vedada a formação de subgrupos destinados apenas aos segurados aposentados.

### BENEFICIÁRIO

Art. 6º - É beneficiário o próprio segurado e/ou a(s) pessoa(s) designada(s) por ele, a quem deve ser pago o benefício pelo seguro.

Art. 7º - O estipulante poderá ser beneficiário apenas nos seguintes casos:

I – quitação de dívida contraída pelo segurado com o próprio estipulante, e até o valor atual do saldo devedor existente por ocasião do sinistro;

II – assunção pelo estipulante do custeio da formação, aperfeiçoamento ou especialização profissional do segurado, até o valor do custeio. Em cada caso, a cláusula beneficiária respectiva terá prazo determinado;

III – obrigação legal, estatutária ou contratual do estipulante para o segurado, transformada por aquele em seguro, integralmente custeado pelo estipulante;

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

IV – vinculação do segurado ao estipulante como sócio majoritário.

### GARANTIAS

Art. 8º - Denomina-se GARANTIA BÁSICA o capital pagável ao beneficiário em caso de morte do segurado.

Art. 9º - Entende-se como GARANTIAS ADICIONAIS as concedíveis além da garantia básica, a saber:

I – INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA) é a garantia de pagamento de um capital proporcional ao da garantia básica, limitado a 100% desta, em caso de morte do segurado, por acidente, devendo a proporcionalidade constar da apólice;

II – GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL ou PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) é a garantia do pagamento de uma indenização proporcional à GARANTIA BÁSICA, limitada a 200% desta, relativa à perda ou a impotência funcional e definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente;

III – GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPD) é a garantia de pagamento da indenização relativa à garantia básica, ao próprio segurado, caso ele venha a se tornar total e permanentemente inválido, em consequência de doença;

IV – GARANTIA ADICIONAL HOSPITALAR-OPERATÓRIA (HO) é a garantia de reembolso ao segurado das despesas de intervenção cirúrgica, efetuadas com o seu tratamento ou de seus dependentes, devidamente incluídos na apólice, para os eventos considerados na tabela de Honorários Médico-Hospitalares, para o Seguro de Reembolso, como de pequeno, médio e grande porte.

Art. 10 – As garantias referidas nos incisos I e II do art. 9º reger-se-ão sempre pelo que dispuserem as Condições Gerais da Apólice de Acidentes Pessoais, no que diz respeito às garantias de Morte e Invalidez Permanente, respectivamente, naquilo em que não contrariarem as presentes Normas.

Parágrafo único - As Seguradoras, ao concederem essas garantias adicionais, incluirão sempre, na apólice de Vida em Grupo, o conceito de acidente pessoal, os riscos cobertos e excluídos, a tabela para o cálculo da indenização e o conceito de invalidez permanente, bem como outras definições atinentes, todas extraídas da apólice de Acidentes Pessoais.

Art. 11 – A concessão das garantias IEA e IPA aos componentes de grupos de vôos das empresas de navegação aérea, somente poderá ser feita com taxas e condições especiais de seguro de Acidentes Pessoais para os casos de Risco de Acumulação Previamente Conhecida.

Art. 12 – Nas garantias previstas nos incisos II e III do art. 9º, tomar-se-á como data do sinistro:

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

I – em caso da garantia IPA – a data do acidente;

II – em caso da garantia IPD – a data do exame médico, realizado por instituição de previdência oficial, que constatou a invalidez ou, na falta desta, a da concessão da aposentadoria.

§ 1º - A invalidez permanente será comprovada com a apresentação à Seguradora da declaração da instituição de previdência oficial para a qual contribua o segurado, ou do laudo médico emitido por perícia médica da Seguradora.

Art. 13 – Para efeito da concessão da IPD, considera-se Invalidez Permanente Total por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade.

§ 1º - Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o capital relativo à cobertura básica será pago:

a) 50% em até 18 prestações mensais e sucessivas, reajustadas segundo a variação nominal das Obrigações do Tesouro Nacional (OTN) e juros reais de 6% ao ano, na forma da Tabela Price;

b) os 50% restantes de uma só vez, no prazo máximo de 18 meses após o pagamento da 1ª prestação referida na alínea anterior, se persistir o estado de invalidez, reajustado segundo a variação da Obrigação do Tesouro Nacional (OTN) e juros reais de 6% a.a., no período compreendido entre as datas da caracterização do sinistro (artigo 12) e do pagamento dos 50% restantes.

§ 2º - Caso o segurado venha a falecer durante o período de pagamento, o restante do capital será pago de uma só vez, adotado o mesmo critério de reajuste definido na alínea “b” do § 1º deste artigo.

§ 3º - Se o estado de invalidez cessar antes de decorrido o prazo estabelecido na alínea “a” do parágrafo 1º deste artigo, o segurado será reintegrado na cobertura da apólice, com o capital remanescente devidamente corrigido, conforme estabelecido no artigo 25 e pagando prêmio proporcional.

§ 4º - Após o pagamento do capital segurado na forma prevista no § 1º deste artigo, o segurado ficará automaticamente excluído da apólice.

§ 5º - A IPD somente poderá ser concedida se a apólice estabelecer também a garantia IPA, esta com capital mínimo de 100% da cobertura básica.

§ 6º - A IPD pode ser concedida a todas as classes, observando-se que nas classes B e C o número mínimo de segurados não poderá ser inferior a 500 e 1500, respectivamente.

Art. 14 – A Garantia Adicional Hospitalar-Operatória (HO) só poderá ser concedida para grupos da classe A.

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

§ 1º - Poderão ser cobertos por esta garantia, desde que estejam segurados pela garantia básica, os seguintes dependentes do segurado principal:

- a) cônjuge;
- b) companheiro, conforme conceituado no § 1º do Art. 17;
- c) filhos menores;
- d) enteados e menores considerados dependentes de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

§ 2º - Quando ambos os cônjuges ou companheiros pertencerem a um mesmo grupo segurável, ambos serão considerados como segurados principais, sendo os filhos considerados dependentes daquele de maior capital na garantia básica.

§ 3º - A concessão da HO aos dependentes do Segurado Principal só pode ser feita na forma automática, conforme conceituada no inciso I do artigo 17 e § 3º do artigo 18.

§ 4º - A HO compreende o reembolso ao Segurado das seguintes despesas:

- a) despesas diárias de internação hospitalar necessárias à intervenção cirúrgica (com exclusão das estadas de convalescença, dietas especiais e despesas de acompanhantes);
- b) despesas indispensáveis à intervenção cirúrgica (exames complementares antes e após a internação hospitalar, sala de operação, material de anestesia, drogas, medicamentos e demais recursos terapêuticos);
- c) despesas de honorários do cirurgião, de seus assistentes, do anestesista e do instrumentador.

§ 5º - Para cada componente (principal, cônjuge ou filhos) o limite de reembolso para o conjunto das despesas relacionadas no parágrafo 4º é de 10% (dez por cento) do capital segurado para a garantia básica do componente principal, permitindo-se a elevação da percentagem até o limite máximo de 20% (vinte por cento), mediante acréscimo na taxa desta garantia, sendo que o limite adotado deverá constar expressamente da apólice.

§ 6º - Estão excluídas da cobertura concedida pela HO:

- a) as intervenções cirúrgicas que não necessitem de internação hospitalar e aquelas efetuadas em consultórios médicos ou ambulatorios;
- b) as intervenções cirúrgicas por lesões resultantes de contaminação por substâncias radioativas, envenenamento de caráter coletivo e qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- c) as intervenções cirúrgicas motivadas por lesões resultantes de acidente do trabalho e moléstias profissionais, e da ação direta do segurado em revolta, motim, duelo, briga, agressão e ação criminosa, e as lesões ocorridas durante o serviço militar na paz e na guerra;

d) as intervenções cirúrgicas de causa iatrogênica e as motivadas por gravidez e suas conseqüências, tais como parto, cesarianas, aborto e prenhez ectópica, bem como a curetagem uterina de qualquer natureza e os atos cirúrgicos, determinando mudança ou alterações do sexo, mesmo quando justificados por relatório médico, e as intervenções cirúrgicas motivadas por afecção dentária;

e) a cirurgia plástica, salvo quando tenha por causa acidente ocorrido após o início de vigência da cobertura desta garantia;

f) a vasectomia e laqueadura de trompas.

Art. 15 – As garantias previstas no art. 9º somente poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e quando o seguro for contratado com cobertura total (profissional e extraprofissional).

### CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

Art. 16 – As condições de inclusão na apólice dos cônjuges e filhos do segurado, denominam-se **CLÁUSULAS SUPLEMENTARES**.

Art. 17 – A Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados principais, que poderá ser feita das seguintes formas:

I – Automática – quando a cláusula abranger todos os cônjuges dos segurados principais; e

II – Facultativa – quando por solicitação do segurado principal mediante o preenchimento do cartão-proposta e declaração saúde.

§ 1º - Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional do Segurado Principal ou que haja concordância com a declaração do Imposto de Renda em conformidade ao disposto nas leis brasileiras sobre a matéria.

§ 2º - Os segurados pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais terão incluídas no seguro as companheiras, quando estas estiverem devidamente registradas de acordo com a regulamentação própria.

§ 3º - Não poderão participar da cláusula suplementar os cônjuges e companheiras que façam parte do grupo segurável principal.

§ 4º - O capital segurado da garantia básica do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do respectivo capital Segurado Principal, sendo que em cada grupo, o critério para fixação do capital da Cláusula Suplementar deverá ser claramente estabelecido na respectiva cláusula, ou nas Condições Especiais.

§ 5º - Somente será permitida a concessão ao cônjuge das seguintes garantias adicionais, desde que previstas para o Segurado Principal:

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

- a) Garantia Adicional de Indenização Especial por Acidente;
- b) Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- c) Garantia Adicional Hospitalar-Operatória.

§ 6º - A indenização por morte devida por esta Cláusula Suplementar será paga ao Segurado Principal.

§ 7º - O seguro será obrigatoriamente cancelado:

- a) quando for cancelada a apólice;
- b) quando for cancelada a Cláusula Suplementar;
- c) no caso de o Segurado Principal sair do grupo segurado;
- d) no caso de morte do Segurado Principal;
- e) no caso de separação judicial ou divórcio;
- f) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira;
- g) a pedido do Segurado Principal.

Art. 8º - A Cláusula Suplementar de Inclusão de filhos define a inclusão, no seguro, dos filhos do Segurado Principal e/ou do segurado pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge.

§ 1º - Para fins desta Cláusula são seguráveis os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

§ 2º - A inclusão da Cláusula só será permitida nos grupos de classe A que tenham Cláusula Suplementar de Cônjuge na forma automática.

§ 3º - A inclusão só poderá ser feita automaticamente abrangendo todas as pessoas seguráveis enquadradas nas condições do parágrafo 1º deste artigo.

§ 4º - Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão segurados apenas uma vez, considerando-se dependentes do cônjuge de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

§ 5º - Poderão ser concedidas ambas ou apenas uma das seguintes garantias:

a) Reembolso com Funeral – limitado a 10% do capital segurado da garantia básica do Segurado Principal e a 132 (cento e trinta e duas) vezes o valor da Obrigação do Tesouro Nacional (OTN). Em cada grupo, o critério para fixação do limite de reembolso deverá ser claramente estabelecido na respectiva cláusula ou nas Condições Especiais;

b) Garantia Hospitalar-Operatória – desde que a mesma garantia tenha sido concedida aos Segurados Principais e aos Cônjuges.

§ 6º - Qualquer reembolso devido por esta Cláusula Suplementar será feito ao Segurado Principal.

§ 7º - O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado:

- a) no caso de o Segurado Principal sair do grupo segurado;
- b) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges;
- c) no caso de morte do Segurado Principal;
- d) no caso da cessação da condição de dependente, conforme previsto na regulamentação do Imposto de Renda.

### CAPITAL SEGURADO DO COMPONENTE

Art. 19 – Entende-se como capital segurado do componente do grupo segurado a importância a ser paga em função da garantia básica da apólice.

§ 1º - Para cada grupo poderá haver uma ou mais classes de capitais, devendo a escala de capitais segurados ser fixada em função de fatores objetivos, tais como idade, salário, etc.

§ 2º - A Seguradora poderá recusar ou aceitar sob restrições, ou condições especiais, o capital segurado que ultrapassar o seguinte limite:

$$L = \bar{c} + 2.d, \text{ onde:}$$

L = o limite do capital segurado;

$\bar{c}$  = o capital médio da garantia básica;

d = o desvio padrão dos capitais da garantia básica, do grupo segurável ou segurado.

§ 3º - Poderá ser cobrado dos componentes, cuja importância segurada ultrapassar o limite ora fixado, prêmio sobre o valor que exceder o limite, de acordo com a taxa de sua idade, se esta for superior à taxa média do grupo.

§ 4º - Os seguros dos componentes cujo capital ultrapassar o limite previsto no parágrafo 2º poderão ser considerados pelo IRB, para efeito de resseguro, como individuais.

### CAPITAL TOTAL SEGURADO

Art. 20 – A soma dos capitais segurados da garantia básica dos componentes do grupo denomina-se CAPITAL TOTAL SEGURADO.

### PRÊMIO DE CÁLCULO

Art. 21 – A soma dos produtos dos capitais segurados da garantia básica pelas taxas correspondentes às respectivas idades denomina-se PRÊMIO DE CÁLCULO.

## TAXA MÉDIA

Art. 22 – O quociente do prêmio de cálculo pelo capital total segurado determina a TAXA MÉDIA, que serve de base ao cálculo dos prêmios da garantia básica dentro do período de sua aplicação.

§ 1º - Para efeito da proposta do seguro, o cálculo da taxa média presumível deve ser feito pela relação de componentes do grupo segurável. A taxa média efetiva, a ser aplicada no início do seguro, será calculada com base no grupo segurado, permitindo-se a aplicação da taxa média presumível, se esta não for inferior nem superior a 5% (cinco por cento) da taxa média efetiva.

§ 2º - A taxa média será recalculada com base no grupo segurado na data do aniversário da apólice, ou outra data anual convencionada entre as partes, e também quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem o seu recálculo.

§ 3º - Se a taxa média recalculada não for superior nem inferior à vigente em mais de 5% (cinco por cento), poderá ser mantida esta última.

§ 4º - No grupo da classe C em que for adotada a taxa média, quando não for possível conhecer previamente a composição do grupo segurável, aplicar-se-á a taxa pura mensal mínima de 0,8% (oito décimos por mil) do capital segurado, limitando-se a 60 (sessenta) anos a idade para inclusões.

§ 5º - No prazo máximo de 2 (dois) anos a Seguradora calculará a taxa média efetiva do grupo de classe C.

§ 6º - Aplica-se ao grupo de classe C o disposto nos parágrafos 2º e 3º.

## CUSTEIO DO SEGURO

Art. 23 – O custeio do seguro pode ser:

I – NÃO CONTRIBUTÁRIO, em que os segurados não pagam prêmio;

II- CONTRIBUTÁRIO, em que os segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

## ÍNDICE DE ADESÃO

Art. 24 – ÍNDICE DE ADESÃO é a relação entre o número de segurados e o número de componentes do grupo segurável, expressa em percentagem.

§ 1º - Na fixação do índice de adesão, para os grupos contributários, a Seguradora tomará por base a seguinte tabela:

NÚMERO DE COMPONENTES DO GRUPO SEGURÁVEL	ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	
	ACEITAÇÃO (%)	MANUTENÇÃO (%)
até 50	80	70
de 51 a 100	70	60
de 101 a 150	60	55
de 151 a 200	55	50
de 201 a 250	50	45
de 251 a 500	45	40
de 501 a 750	40	35
de 751 a 1.000	35	30
de 1.001 em diante	30	25

§ 2º - Nos grupos contributários em que o grupo segurável for suscetível de divisão em subgrupos que não impliquem anti-seleção, cuja definição conste da respectiva apólice, será permitida a realização do seguro separadamente para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, seja observado o índice mínimo de adesão e demais condições de aceitação, sendo que a realização do seguro nestas circunstâncias deverá constar da apólice e o início do seguro de cada subgrupo deverá constituir um aditivo a esta.

§ 3º - Nos grupos não contributários só não participarão do seguro as pessoas impedidas de serem seguradas e as que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no seguro.

§ 4º - Nos grupos não contributários, o índice de adesão será no mínimo de 95% (noventa e cinco por cento) do grupo segurável:

§ 5º - Nos seguros de grupos da classe C, a Seguradora terá o prazo máximo de 45 dias para atingir o número mínimo de 500 (quinhentas) vidas seguradas, para fins de aceitação e manutenção.

#### REAJUSTE E AUMENTO DA IMPORTÂNCIA SEGURADA

Art. 25 – A importância segurada das garantias básicas, adicionais e das cláusulas suplementares, de todos os segurados, será reajustada segundo a variação nominal da OTN, do salário ou provento do segurado principal ou de acordo com o que dispuserem as condições da apólice.

Parágrafo único – O reajuste da importância segurada dos aposentados será feito na mesma proporção do reajuste para os segurados ativos, como se o aposentado em atividade estivesse.

#### CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Art. 26 – A cobertura de cada segurado cessará:

I – com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;

\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.

II – quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

§ 1º - No caso do inciso I o segurado poderá continuar coberto pela apólice quando assumir o custo total do seguro, desde que haja concordância do Estipulante.

§ 2º - Aos segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice aplica-se o disposto no artigo 5º e seus parágrafos.

### VIGÊNCIA DA APÓLICE

Art. 27 – O prazo de vigência da apólice é de 1 (um) ano.

Parágrafo único – A apólice ficará automaticamente renovada ao fim de cada ano de vigência caso não haja expressa desistência da seguradora ou do estipulante até 30 (trinta) dias antes do seu vencimento.

### CANCELAMENTO DA APÓLICE

Art. 28 – A apólice poderá ser cancelada pela Seguradora mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.

Art. 29 – Nos seguros contributários, se o estipulante deixar de recolher os prêmios à seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos segurados, ficando o estipulante sujeito às cominações legais.

Parágrafo único – Nos seguros não contributários o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento da apólice, respondendo a Seguradora pelos sinistros que venham a ocorrer até a data da formalização do cancelamento.

### COMISSÕES

Art. 30 – Poderão ser concedidas comissões nas formas a seguir:

I – A Comissão do Corretor será fixada em determinada percentagem do prêmio.

II – A Comissão dos Angariadores de cartões-proposta será fixada em percentagem sobre o primeiro prêmio individual.

III – A Comissão de Administração ou Pró-labore será concedida ao estipulante, em determinada percentagem do prêmio, desde que o mesmo administre efetivamente o seguro.

§ 1º - Quando a cobrança de prêmios for através desconto ou consignação em folha, não sendo o empregador o estipulante do seguro, poderá aquele receber a Comissão de Administração sobre os prêmios que retiver, sendo esta deduzida da Comissão de Administração devida ao estipulante.

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

§ 2º - Enquanto a apólice mestra estiver em vigor, serão devidas pela Seguradora aos corretores que angariaram o respectivo seguro as comissões convencionadas, respeitado o disposto no Art. 47.

### CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Art. 31 – A Cláusula de Distribuição de Excedentes Técnicos é aquela que estabelece as condições de distribuição, ao estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da apólice.

§ 1º - Consideram-se como receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

§ 2º - Consideram-se como despesa para os mesmos fins do § 1º:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- f) as despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

§ 3º - As receitas e despesas deverão ser transformadas em OTN, a saber:

- a) do respectivo mês de pagamento para prêmios e comissões;
- b) do mês do aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) do respectivo mês de apuração, para os saldos negativos anteriores e despesas de administração.

§ 4º - A apuração do resultado técnico será efetuado em OTN no término de vigência anual da apólice, convertendo-se o seu valor em cruzados na data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

§ 5º - A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

§ 6º - Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deverá ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado.

§ 7º - A cláusula de que trata este artigo somente poderá ser adotada nos grupos de classe A e quando, durante o período, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 segurados.

§ 8º - O critério de distribuição do excedente técnico entre os segurados deverá constar da respectiva Cláusula.

§ 9º - A distribuição do excedente técnico fica condicionada à renovação da apólice, na mesma Seguradora, e que esteja ela em vigor na data da apuração do resultado.

### FORMULÁRIOS INDISPENSÁVEIS

Art. 32 – São os seguintes os formulários indispensáveis à realização do seguro:

- I – Proposta Mestra, anexo 1;
- II – Cartão-Proposta, anexo 2;
- III – Apólice Mestra, anexo 3;
- IV – Certificado Individual, anexo 4;
- V – Carnê, anexo 5.

§ 1º - A emissão dos formulários do seguro é da competência e responsabilidade da seguradora, podendo esta, sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, delegar ao estipulante a confecção e emissão do cartão-proposta e do carnê.

§ 2º - O certificado individual será obrigatoriamente emitido pela Seguradora para todos os segurados.

§ 3º - Nos casos de reajuste automático da importância segurada com critério previamente definido, a Seguradora poderá deixar de emitir o certificado individual.

### DISPOSIÇÕES TARIFÁRIAS

Art. 33 – Para cálculo das taxas da cobertura básica deverão ser adotadas quaisquer das tábuas de mortalidade abaixo especificadas:

- I – SGB – 71 (Tábua deduzida da tábua básica de Experiência Brasileira – EB 7-69 com 84,13% de confiança).
- II - CSO –58
- III – CSG – 60 FOR MALE
- IV – CSO – 80

§ 1º - A tábua citada no inciso IV é restrita a grupos de classe A.

§ 2º - Outras tábuas poderão ser utilizadas, desde que sejam reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Atuária.

§ 3º - Em nenhuma hipótese, tendo em vista o disposto no Decreto-Lei 2284/86, a taxa média decorrente da tábua adotada poderá ser superior à taxa média resultante da aplicação da tabela abaixo:

Idade	Taxa Comercial Anual (por 1.000)	Idade	Taxa Comercial Anual (por 1.000)
até 14	2,2438	58	28,3412
15	2,4850	59	30,7362
16	2,7425	60	33,2850
17	2,9488	61	36,1275
18	3,0225	62	39,2600
19	3,0312	63	42,6750
20	3,0400	64	46,3463
21	3,0488	65	50,3738
22	3,0575	66	54,9312
23	3,0775	67	59,9888
24	3,0612	68	65,5788
25	3,0663	69	71,6938
26	3,0900	70	78,2300
27	3,0975	71	86,1075
28	3,1525	72	94,4350
29	3,1762	73	103,1288
30	3,2488	74	112,3962
31	3,3213	75	122,4412
32	3,4075	76	134,4838
33	3,5412	77	148,0788
34	3,7362	78	163,4788
35	3,9525	79	180,6612
36	4,2200	80	199,4288
37	4,5225	81	221,6438
38	4,8962	82	245,4462
39	5,3262	83	270,7612
40	5,7925	84	297,6962
41	6,3325	85	326,4000
42	6,9375	86	376,9550
43	7,5812	87	432,2938
44	8,2800	88	493,0038
Até 45	9,0425	89	560,1825
46	9,9288	90	635,2875
47	10,8075	91	679,4588
48	11,8138	92	729,8638
49	12,8888	93	788,2138

\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.

50	14,0788	94	856,4312
51	15,3788	95	942,9562
52	16,8100	96	947,2825
53	18,3688	97	999,2962
54	20,0712	98	1.108,5312
55	21,9050	99	1.212,8800
56	23,9162	100	1.250,6250
57	26,0725		

§ 4º - Deverão ser estabelecidas despesas administrativas e de comercialização, a critério da Seguradora, em cada caso concreto, de acordo com o grupo segurável.

§ 5º - Uma vez estabelecido o critério de taxaço a ser aplicado ao grupo segurável, a constataço de que o seguro foi contratado sem obediência às bases técnicas fixadas constituirá infraço tarifária, sujeita às sançoões legais cabíveis.

#### TAXAS PARA AS GARANTIAS ADICIONAIS

Art. 34 – Para cada uma das GARANTIAS ADICIONAIS DE INDENIZAÇO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA) e de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) a taxa pura anual é de 0,66‰ (sessenta e seis centésimos por mil).

Parágrafo único – Em nenhuma hipótese a taxa comercial anual para cada uma das garantias citadas no caput deste artigo poderá ser superior a 1,11‰ (um inteiro e onze centésimos por mil).

Art. 35 – Para a Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total por Doença a taxa é de 10% da taxa pura aplicada à garantia básica, não podendo ser inferior à taxa pura estabelecida da garantia adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Art. 36 – Na concessão da Garantia Adicional Hospitalar Operatória será cobrada, para o limite de reembolso de até 10% (dez por cento) do capital segurado da garantia básica, a taxa de 40% (quarenta por cento) da taxa média aplicada àquele capital, obedecida a taxa pura anual mínima de 2‰ (dois por mil), para o segurado principal e proporcionalmente aos dependentes, de acordo com o limite estabelecido para cada um.

§ 1º - No caso de ser aumentada a percentagem do limite de 10% (dez por cento) do reembolso, para o limite estabelecido no parágrafo 5º do artigo 14, a taxa adicional será também elevada na mesma proporção, não podendo ser inferior ao incremento análogo incidente sobre a taxa média da cobertura básica.

## CÁLCULO DAS TAXAS PARA AS CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

Art. 37 - Para o cálculo da taxa média de um seguro com CLÁUSULA SUPLEMENTAR, a Seguradora adotará um dos critérios previstos nos artigos 38 e 39, aplicável conforme se tratar de cláusula suplementar de inclusão de cônjuge ou de filhos.

Art. 38 – São os seguintes os critérios na hipótese de cláusula suplementar de inclusão de cônjuge:

I – cálculo de uma taxa média única para todo grupo, incluindo o cônjuge pelas suas idades e respectivos capitais. No divisor da operação de que resulta a taxa média não são incluídos os capitais segurados pela Cláusula Suplementar. Para cálculo do prêmio, com a taxa média assim obtida, multiplicar-se-á esta taxa somente pelo capital segurado do componente do grupo principal;

II – cálculo de uma taxa média única para todo o grupo, incluindo os cônjuges pelas suas idades e respectivos capitais segurados. O prêmio do cônjuge será cobrado do respectivo Segurado Principal;

III – cálculo e aplicação isolada da taxa média cabível ao grupo dos cônjuges, cobrando-se os correspondentes prêmios dos respectivos Segurados pelo grupo principal;

IV – aplicação, para os componentes que têm cônjuges, de taxa diferente daquela dos que não o têm, mediante cálculo separado para cada conjunto; no conjunto dos que têm cônjuges, estes serão incluídos pelos respectivos capitais e idades.

§ 1º - No caso da impossibilidade de se obter a idade do cônjuge, deverá ser obedecida a seguinte regra:

a) quando do sexo masculino sua idade será a da esposa segurada no grupo principal, majorada de 3 (três) anos;

b) quando do sexo feminino sua idade será a do marido segurado no grupo principal, diminuída em 3 (três) anos.

§ 2º - O critério definido no Inciso I somente se aplica a grupos de classe A.

Art. 39 – São os seguintes os critérios na hipótese de Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

I – a taxa média para cobertura básica do seguro dos filhos será, no mínimo, correspondente à idade de 14 (quatorze) anos;

II – para o cálculo do prêmio adicional de cada Segurado Principal, multiplicar-se-á a taxa encontrada conforme indicado no inciso anterior, pelo número médio de filhos seguráveis dos componentes e pelo capital atribuído a cada filho;

III – o número médio de filhos poderá ser determinado através da indicação do número de filhos e respectivas idades no cartão-proposta do Segurado Principal.

#### CONVERSÃO DA TAXA ANUAL

Art. 40 – A conversão da taxa anual em semestral, trimestral e mensal será feita pela aplicação dos seguintes coeficientes:

I - para semestral = anual x 0,520

II - para trimestral = anual x 0,265

III - para mensal = anual x 0,090

#### RESPONSABILIDADE PELOS CÁLCULOS

Art. 41 – Nas folhas de cálculo ou de recálculo deverão constar, obrigatoriamente, as assinaturas de um diretor eleito e do atuário responsável com a indicação do número de seu registro no Instituto Brasileiro de Atuária – IBA.

§ 1º - É de inteira responsabilidade das seguradoras e dos respectivos atuários o acompanhamento dos parâmetros adotados durante toda a vigência da apólice.

§ 2º - As seguradoras deverão manter, em seus arquivos, devidamente classificadas, as folhas de cálculo ou de recálculo à disposição da SUSEP, pelo prazo de 5 (cinco) anos.

§ 3º - Sempre que necessário, será solicitada ao Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) a apuração da responsabilidade do atuário por quaisquer inadequações verificadas na fixação das taxas médias.

#### VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

Art. 42 – A vigência do risco individual terá início à zero hora do 1º dia do mês subsequente ao do pagamento do prêmio ou de sua primeira prestação.

Parágrafo único – Quando o prêmio for pago através de desconto em folha, o risco individual terá início à zero hora do dia consignado na apólice, ainda que, por qualquer motivo, os salários dos segurados não sejam pagos naquela data.

#### COBRANÇA DOS PRÊMIOS

Art. 43 – A seguradora poderá delegar ao estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela seguradora e apresentadas através da rede bancária.

§ 1º - É vedado ao estipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido; caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer garantia que lhe for devida, seja a que título for, fica

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada segurado.

§ 2º - Fica vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de Seguro de Vida em grupo.

§ 3º - O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir.

§ 4º - O não pagamento do prêmio pelo segurado, até o vencimento, ensejará a suspensão automática da cobertura do risco individual, cujos direitos serão reabilitados a partir da data do efetivo pagamento, devendo, neste caso, a Seguradora fixar nas Condições Especiais da apólice o prazo para reabilitação e cancelamento do seguro.

§ 5º - Nos seguros contributários, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas; nos seguros não contributários, a Seguradora responderá pelos sinistros até a formalização do cancelamento da apólice.

§ 6º - Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do segurado por escrito.

§ 7º - Na cobrança do prêmio mediante carnê, a seguradora providenciará para que cada segurado receba o seu carnê de pagamento até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

§ 8º - Caso não tenha havido o cancelamento da apólice, o segurado que não tiver recebido o novo carnê até 30 (trinta) dias após o vencimento da última parcela do carnê anterior deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro mediante depósito na conta indicada no carnê ou através de ordem de pagamento tomada na rede bancária, com indicação do número da apólice e de seu certificado individual.

#### CLÁUSULA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

Art. 44 – Na elaboração da CLÁUSULA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO, a seguradora levará em conta o disposto no artigo 42 e nos parágrafos 3º e 6º do art. 43, devendo nela incluir, obrigatoriamente, o contido no artigo 29 e seu parágrafo único e parágrafo 1º e 2º do artigo 43.

#### MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

Art. 45 – A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as

condições da apólice e as normas deste seguro, ficando a seguradora responsável pelas informações contidas nas divulgações pelo estipulante e por ela autorizadas.

Parágrafo único – O disposto neste artigo constará como condição da apólice.

### DEFICIENTES VISUAIS E PARAPLÉGICOS

Art. 46 – A rejeição de candidatos unicamente pela razão de serem portadores de deficiência visual ou paraplegia, configurará discriminação e será, por conseguinte, passível de punição, nos termos do Art. 111 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, ficando as Seguradoras que assim procederem sujeitas às sanções cabíveis.

Art. 47 – A substituição do corretor somente será admitida quando da segunda renovação anual da apólice.

Parágrafo único – Observado o prazo acima fixado, a substituição só poderá ser realizada a pedido expresso do estipulante, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do aniversário da apólice.

### DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 48 – As Seguradoras deverão, no prazo máximo de 180 (cento e oitenta) dias, contados da vigência desta circular, enquadrar-se às Normas ora aprovadas.

§ 1º - As disposições das presentes Normas deverão ser aplicadas de imediato às apólices que forem renovadas ou emitidas a partir da vigência desta circular.

§ 2º - Os textos das condições gerais e das cláusulas adicionais e suplementares serão os já aprovados pela SUSEP, devidamente compatibilizados com as disposições desta circular.

Art. 49 – As apólices que porventura concedam, através de Garantia Adicional Hospitalar-Operatória (HO), cobertura diferente e mais ampla do que aquela definida no § 4º do artigo 14, deverão ser adaptadas às condições e taxas estabelecidas pela SUSEP para o Seguro Grupal de Reembolso de Despesas de Assistência Médica Hospitalar.

### ANEXO 1

Proposta Mestra – A proposta mestra deverá ser assinada pelo Estipulante e pelo Corretor e conterá, obrigatoriamente, os elementos mínimos discriminados a seguir:

- a) Condições Gerais e Especiais do seguro;
- b) Indicação das garantias adicionais e cláusulas suplementares abrangidas pelo seguro;

- c) Taxas discriminadas por cobertura básica e garantias adicionais;
- d) Nome do corretor, nº de registro e percentual a ele pago;
- e) Existência de comissão de cobrança e seu percentual;
- f) Existência de comissão de angariação e suas condições de pagamento;
- g) Indicação por parte do Estipulante da taxa média global cobrada e quais as coberturas adicionais e/ou suplementares abrangidas na última apólice por ele estipulada.

## ANEXO 2

Cartão-Proposta – É obrigatório, nos seguros contributários, o preenchimento do cartão-proposta, com a assinatura do candidato ao seguro, e dele devem constar os seguintes elementos mínimos impressos:

- a) indicação da Seguradora e seu CGC;
- b) nome do formulário: Cartão-Proposta Seguro de Vida em Grupo;
- c) “Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome na apólice de Seguro de Vida em Grupo (e/ou Acidentes Pessoais Coletivo) contratado pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as Cláusulas das Condições Gerais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, e nem a reduzir minha importância segurada, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora”;
- d) “Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional”;
- e) “Declaro, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o Art. 1.444 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio perderei o direito ao valor do seguro”.

Deverão também constar do cartão-proposta os seguintes campos a serem preenchidos:

- a) dados gerais do seguro: número da apólice e nome do Estipulante;
- b) dados específicos do seguro:
  - Data do início do seguro do segurado Principal e do cônjuge;
  - Capital Segurado do Segurado Principal e do cônjuge;
- c) dados das pessoas a segurar (principal e cônjuge):

- nomes das pessoas a segurar e respectivas datas de nascimento;
- d) dados específicos do Segurado Principal, segundo a necessidade de informações para ingresso no seguro, tais como: salário, sexo, estado civil, número de filhos, data de admissão na empresa, ocupação que exerce, etc;
- e) questionário a ser respondido pelo proponente principal (por si e pelo cônjuge):

“Responda de próprio punho as perguntas a seguir, escrevendo por extenso as respostas “sim” ou “não” e as explicações, quando for o caso”:

1. Considera-se atualmente em boas condições de saúde?
2. Pratica pára-queda, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de aeronaves de quaisquer características?
3. Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? — Especificar, inclusive, o grau de deficiência:
4. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? \_\_\_\_\_ Quando? Indique moléstias e detalhes:
5. Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, especifique o motivo:
6. Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer Seguradora? \_\_\_\_\_ Em caso afirmativo, indicar a época e a Seguradora:
7. Já recebeu indenização por invalidez? \_\_\_\_\_ Em caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_ Indique a Seguradora:
8. Tem outro(s) seguro(s) de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data? \_\_\_\_\_ Em caso afirmativo, especifique:

- f) nome do beneficiário do seguro em caso de morte;
- g) local, data e assinatura do proponente principal.

— Deverá constar, ainda, do cartão-proposta:

- a) autorização do segurado para desconto do prêmio em folha de pagamento ou seu débito automático em conta corrente, cartão de crédito, etc., quando o pagamento do prêmio não for através de carnê;
- b) critério preciso para determinação do início do seguro.

- Fica vedada a colocação de quadrinhos ou colunas de modo a permitir as respostas aos quesitos da letra e (questionário) pela simples marcação de um X.
- Nos seguros de Classe C deverá constar um resumo das Condições Especiais que interessam diretamente ao Segurado.
- As informações relativas a alterações e/ou substituições no seguro serão sempre repassadas ao Estipulante.
- No caso de seguro não contributivo em que for dispensado o preenchimento dos cartões-proposta, é obrigatória a inclusão, nas apólices, da seguinte cláusula:

“BENEFICIÁRIOS – Cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os beneficiários do Seguro. Não havendo designação, a indenização será paga em caso de morte, de conformidade com o que dispuser a legislação em vigor”.

### ANEXO 3

Apólice Mestra – A apólice mestra deverá conter as mesmas Condições Gerais e Especiais do Seguro, constantes da proposta mestra.

### ANEXO 4

Certificado Individual – O certificado é destinado a cada Segurado como comprovante de sua inclusão no Seguro.

Deverão constar, obrigatoriamente, do certificado os seguintes dados mínimos impressos:

- a) indicação da Seguradora e seu CGC;
- b) nome do formulário: Certificado Individual de Seguro de Vida em Grupo;
- c) “O presente Seguro rege-se pelas Condições Gerais e Especiais da(s) apólice(s) em poder do Estipulante”;
- d) “Todas as comunicações relativas ao presente Seguro, inclusive alterações e cancelamento do contrato serão feitas diretamente ao Estipulante, como representante do Segurado, conforme autorização deste expressa no respectivo cartão-proposta”;
- e) “O Seguro representado por este certificado cessará automaticamente:

— com o cancelamento da apólice;

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
  - quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do prêmio”;
- f) “Não havendo indicação de beneficiários feita para esta apólice antes da ocorrência do sinistro, a indenização será paga, em caso de morte, de conformidade com o que dispuser a legislação em vigor”;
- g) critério de reajustamento da importância segurada;
- h) a apólice deste seguro é temporária anual e renovada automaticamente a cada aniversário; entretanto, poderá a mesma não ser renovada, ou ter modificadas suas condições, por decisão do Estipulante ou da Seguradora;
- i) chancela ou assinatura da Seguradora.
- Deverão também constar do certificado, obrigatoriamente, os seguintes campos a serem preenchidos:
    - a) dados gerais do seguro: número(s) da(s) apólice(s) e do certificado e nome do Estipulante;
    - b) dados e nomes das pessoas seguradas;
    - c) data de início ou da alteração dos seguros do Segurado Principal e do cônjuge;
    - d) capitais segurados;
    - e) nome(s) do(s) beneficiário(s) do(s) seguro(s), indicado(s) pelo Segurado, ou menção à cláusula beneficiária constante do cartão-proposta em poder da Seguradora.

## ANEXO 5

Carnê – O carnê deverá conter sempre os seguintes elementos mínimos:

- a. nome e endereço da Seguradora;
- b. nome e endereço do Estipulante;
- c. nome do Segurado Principal e/ou do cônjuge;
- d. número(s) da(s) apólice(s) VG;
- e. número do certificado individual;
- f. valor(es) do(s) prêmio(s) e período de cobertura a que se refere(m);
- g. data de vencimento do(s) prêmio(s);
- h. garantia(s) coberta(s) e respectiva(s) importância(s) segurada(s);
- i. nº da agência e conta onde deverão ser depositados os pagamentos em caso de atraso na recepção do carnê, e respectivo favorecido (Seguradora ou Estipulante);

Deverão constar, ainda, na capa ou sobrecapa do carnê, indicação dos bancos recebedores e, em destaque, os seguintes avisos:

*\* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.08.86.*

### IMPORTANTE

a) O não pagamento do prêmio até o respectivo vencimento, ensejará a suspensão da cobertura do risco individual;

b) estando em vigor a apólice, o Segurado que não receber novo carnê até o vencimento da última parcela deste, deverá efetuar o pagamento do prêmio até trinta dias após o vencimento da mesma, mediante depósito bancário, na conta indicada neste carnê, ou através de ordem de pagamento, por via bancária, indicando o(s) número(s) da(s) apólice(s) e de seu certificado individual.