

Circular SUSEP nº007, de 13 de março de 1987

Altera a Circ. SUSEP nº 21/86.

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:

Art. 1º - Passam a vigorar, com nova redação os artigos 12, 14, 30, 31, 33, 34, 38, 47, 48 e 49 da Circ. SUSEP nº 21, de 15.08.86, que fica acrescida dos artigos 50 e 51, na forma seguinte:

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

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 de declaração médica idônea.

§ 2º - Presume-se idônea a declaração de instituição de previdência oficial para a qual contribua o segurado ou o laudo emitido por perícia médica da Seguradora.

§ 3º - Presume-se também idôneo para fins de comprovação da invalidez permanente o laudo emitido por junta médica, requerida à Seguradora pelo Segurado, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelo dois nomeados; cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora".

"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 23.03.87.*

§ 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 pertencem 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 de 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 intervenção 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 pelo HO:

- a) as intervenções cirúrgicas que não necessitem de internação hospitalar e aquelas efetuadas em consultórios médicos ou ambulatórios;
- 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;

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.03.87.*

c) as intervenções cirúrgicas motivadas por lesões resultantes de acidente de 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 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. 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 Pro-labore será concedida ao Estipulante, até o máximo de 10% (dez por cento), desde que o mesmo administre efetivamente o seguro.

§ 1º - Quando a cobrança de prêmios for através de desconto ou cosignação 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.

§ 2º - Enquanto a apólice mestra estiver em vigor, serão devidas pela Seguradora aos corretores que angariaram o respectivo seguro as comissões convencionadas".

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.

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.03.87.*

§ 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 (pro-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 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 pagar 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”.

§ 6º - Uma vez estabelecido o critério de taxaço a ser aplicado ao grupo segurável, a constatação de que o seguro foi contratado sem obediência às bases técnicas fixadas constituirá infração tarifária, sujeita às sanções legais cabíveis”.

“Art.34 – Para cada uma das GARANTIAS ADICIONAIS DE INDENIZAÇÃO 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)”.

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.03.87.*

“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 de 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.

§ 6º - Uma vez estabelecido o critério de taxação a ser aplicado ao grupo segurável, a constatação de que o seguro foi contratado sem obediência às bases técnicas fixadas constituirá infração tarifária, sujeita às sanções legais cabíveis”.

“Art. 34 – Para cada uma das GARANTIAS ADICIONAIS DE INDENIZAÇÃO 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).”

“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 estão incluídos pelos respectivos capitais e idades.

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.03.87.*

§ 1º - No primeiro ano de vigência das apólices será admitida, para o cálculo da taxa média pressumível, a fixação do número de cônjuges por estimativa.

§ 2º - 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.

§ 3º - O critério definido no Inciso I somente se aplica a grupos de classe A”.

CORRETOR DE SEGUROS

“Art. 47 – As relações do Corretor de seguros com a Seguradora e os Segurados representados pelo Estipulante regem-se pelas normas de direito comum aplicáveis ao contrato de mediação”.

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

“Art. 48 – As apólices que porventura concedem, 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”.

“Art. 49 – As indenizações do seguro e os pagamentos decorrentes de distribuição de lucros, devidos aos beneficiários ou ao próprio Segurado, serão obrigatoriamente efetuados através de cheque nominativo de emissão da Seguradora, ou ordem de pagamento pagável no domicílio ou praça dos mesmos, devendo esta disposição constar das condições da apólice”.

“Art. 50 – As disposições das presentes normas deverão ser aplicadas de imediato às apólices que forem renovadas ou emitidas a partir da vigência desta circular”.

“Art. 51 – 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. 2º - Esta circular entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

JOÃO REGIS RICARDO DOS SANTOS
Superintendente

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 23.03.87.*