



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP Nº 059, de 19 de novembro de 1976

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

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

Tendo em vista o item I da Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados nº 11, de 21 de maio de 1976 e o que consta do processo SUSEP nº 192.103/76.

RESOLVE:

1. Aprovar as Normas para o Seguro Grupal de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e Hospitalar, no Plano Temporário por 1 (um) ano, renovável, anexas, que ficam fazendo parte integrante desta Circular.

2. Esta Circular entra em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ALPHEU AMARAL
Superintendente

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

CAPÍTULO I

Conceituação – Elementos Gerais

- 1.01 – COBERTURA – A cobertura do seguro de “Reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Hospitalar” consistirá na concessão de suporte financeiro, aos segurados, para custeio parcial das despesas incorridas com a assistência médica e hospitalar.
- 1.01.01 – O contrato de seguro garantirá o reembolso parcial, ao segurado, dos pagamentos por ele efetuados a terceiros, pessoas físicas e jurídicas, pela prestação de serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para si e seus dependentes.
- 1.02 – LIVRE ESCOLHA - A livre escolha de médicos e hospitais é condição obrigatória nos contratos abrangidos pelas presentes “NORMAS”.
- 1.03 – BASES DE COBERTURA – As apólices serão contratadas, obrigatoriamente, na base de tabelas de valores segurados por evento.
- 1.03.01 – Essas tabelas tomarão por padrão os valores fixados pelo Instituto Nacional de Previdência Social para honorários médicos e despesas hospitalares, podendo a apólice estabelecer valores equivalentes a múltiplos desses valores-padrão.
- 1.04 – EVENTO – Por evento entende-se todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do segurado ou de seus dependentes. O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência do dano e termina com a alta médica concedida ao paciente.
- 1.05 – FRANQUIA – Será obrigatória a fixação de franquia percentual em todos os tipos de contrato.
- 1.05.01 – Entende-se por franquia percentual a co-participação do segurado em cada indenização, variável de acordo com a natureza e o custo dos serviços prestados.
- 1.06 – IMPORTÂNCIA SEGURADA – A importância segurada será, em qualquer hipótese, o valor máximo do reembolso coberto pelo seguro em um mesmo evento, conforme definição feita no item 1.04.
- 1.07 – SEGURADO PRINCIPAL – É o empregado dirigente incluído no seguro.

- 1.08 – DEPENDENTES SEGURÁVEIS – São as pessoas que vivem sob a dependência econômica do Segurado Principal, total ou parcialmente, e que seja seguráveis de conformidade com as condições constantes do Capítulo II destas “NORMAS”.
- 1.09 – ÍNDICE DE ADESÃO – É a relação percentual entre o número de componentes do grupo segurado e o número de competentes do grupo segurável.
- 1.10 - PRÊMIOS – Os prêmios serão devidos mensalmente e não poderão ser inferiores aos resultantes da aplicação da “Tarifa Mínima” que constitui o anexo nº 1 destas Normas.
- 1.11 – REAJUSTAMENTO DOS PRÊMIOS – Quando a Unidade de Serviço (US) do INPS for reajustada os prêmios também o serão, na mesma proporção e com vigência a contar do mês seguinte ao daquele reajustamento.
- 1.12 – ESTIPULANTE – É o empregador que contrata o seguro com a Sociedade Seguradora .
- 1.13 – CUSTEIO DO SEGURO – O custeio do seguro será:
- 1.13.01 – NÃO CONTRIBUTÁRIO – Em que os componentes não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o Estipulante.
- 1.13.02 – CONTRIBUTÁRIO – Em que os componentes pagam prêmio, total ou parcialmente.
- 1.14 – FORMULÁRIOS RELATIVOS AO SEGURO – Os formulários indispensáveis à realização do seguro, cujo texto deverá ser aprovado pela SUSEP, são os seguintes:
- 1.14.01 – PROPOSTA – A proposta para a emissão da apólice deverá ser preenchida e assinada pelo Estipulante.
- 1.14.02 – APÓLICE – A apólice que vier a ser emitida em face da proposta deverá conter as condições gerais e especiais do seguro.
- 1.14.03 – CERTIFICADO INDIVIDUAL – O certificado, destinado a cada segurado principal como comprovante do seu seguro, será numerado e deverá conter, indispensavelmente, o nome do Segurado, seguido da expressão “e seus dependentes”, se for o caso, nome do Estipulante, número da apólice e importância segurada.
- 1.15 – FORMULÁRIOS INDISPENSÁVEIS AO REEMBOLSO – Os formulários necessários à concessão do reembolso, padronizados e cujos modelos constituem os anexos nºs 2 e 3 destas Normas, são os seguintes:

- 1.15.01 – “RELATÓRIO DE ALTA MÉDICA” – Este formulário deverá ser preenchido e assinado pelo médico assistente e/ou cirurgião.
- 1.15.02 – “RECIBO DE HONORÁRIOS” – Este formulário deverá ser assinado pelos médicos e auxiliares que tenham auferido honorários do segurado pela prestação de serviços de assistência médico - hospitalar relativo ao evento.
- 1.16 – CONCESSÃO DO REEMBOLSO AO SEGURADO – Para obter o reembolso deverá o segurado apresentar, além dos formulários aludidos no item 1.15, todos os recibos das despesas hospitalares e outros tipos de assistência prestadas e que estejam cobertos, de conformidade com o disposto no Capítulo II destas Normas.
- 1.17 – BENEFÍCIOS – São os reembolsos efetuáveis pela Sociedade Seguradora no caso da ocorrência do evento objeto da cobertura.
- 1.18 – PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS POSITIVOS – Conceder-se-á ao Estipulante e/ou aos componentes do grupo a participação nos resultados positivos da apólice, de conformidade com as disposições contidas no Capítulo II destas Normas.

CAPÍTULO II

CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DOS SEGUROS GRUPAIS DE REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR, NO PLANO TEMPORÁRIO POR 1 (UM) ANO, RENOVÁVEL

Só poderão ser aceitas e mantidas as apólices de seguro em grupo desta modalidade que satisfizerem as condições a seguir:

- 2.01 – ESTIPULANTE – É o empregador que contrata o seguro com a Sociedade Seguradora.
- 2.01.01 – O empregador ficará investido dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora.
- 2.02 – GRUPO SEGURÁVEL – É o conjunto constituído por todos os empregados do mesmo empregador, nele podendo ser incluídos os dirigentes da empresa. O seguro poderá abranger as empresas filiadas ou subsidiárias, desde que esta ligação das empresas possa ser comprovada.
- 2.03 – GRUPO SEGURADO – É, em qualquer época, o conjunto dos componentes dos grupo segurável, efetivamente aceitos no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.
- 2.04 – NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS – Nunca poderá ser inferior a 20 (vinte) vidas, para fins de aceitação, e de 18 (dezoito) para fins de manutenção.

2.05 – ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO : A relação percentual entre o número de componentes do grupo segurado e o número de componentes do grupo segurável deverá obedecer o disposto nos subitens a seguir.

2.05.01 – Nos seguros não contributários será de 100% (cem por cento).

2.05.02 – Nos grupos contributários não poderá ser inferior às percentagens indicadas na seguinte tabela:

Número de Componentes do Grupo Segurável (S)	Índice Mínimo de Adesão
De 20 a 50	100%
De 50 a 1000	$\frac{20 S + 8500}{0,3S + 80} \%$
De 1000 em diante	75 %

2.05.03 – O número mínimo de vidas necessário à aceitação de um seguro será obtido aplicando-se, sobre o número de componentes do grupo segurável (S), a percentagem indicada na tabela acima.

2.05.03.01 – Se da aplicação dessa percentagem resultar um número fracionário considerar-se-á, o número imediatamente superior.

2.05.04 – O Seguro só poderá ser mantido em vigor enquanto a relação percentual entre o número de componentes do grupo segurado e o número de componentes do grupo segurável se mantiver superior ou, no mínimo igual a 90% (noventa por cento) do índice mínimo de adesão previsto na tabela do subitem 2.05.02.

2.06 – COBERTURA DO SEGURO – O seguro garantirá o reembolso de parte das despesas efetuadas pelo segurado com Assistência Médica e/ou Hospitalar, para si ou para os seus dependentes.

2.07 – REEMBOLSO – O reembolso básico garantido pelo seguro será calculado de acordo com a seguinte tabela:

Despesas em um mesmo evento	Reembolso Básico
Até 2KV	80% de D + 0
Mais de 2KV até 4KV	70% de D + 10% de 2KV
Mais de 4KV até 6KV	60% de D + 30% de 2KV
Mais de 6KV até 8KV	50% de D + 60% de 2KV
Mais de 8KV até 10KV	40% de D + 100% de 2KV

Mais de 10KV até 12KV	30%	de D +	150% de 2KV
Mais de 12KV até 14KV	20%	de D +	210% de 2KV
Mais de 14KV até 16KV	10%	de D +	280% de 2KV
Mais de 16KV -	0	+	360% de 2KV

Na qual:

D – representa o montante das despesas em cada tipo de assistência médica e/ou hospitalar constante da tabela de V, referente a um mesmo evento, definido este de conformidade com o que consta do item 1.04 destas Normas.

K – representa o nível de cobertura do seguro.

V – representa o valor fixado pelo INPS, para honorários médicos e/ou hospitalares, vigente na data da alta médica.

2.07.01 – VALOR DO NÍVEL DE COBERTURA – O nível de cobertura só poderá tomar os valores: 1,2 ou 3.

2.07.01.01 – O nível de cobertura dos dependentes será sempre igual à metade do nível de cobertura dos segurados principais.

2.07.02 – NÍVEL DE COBERTURA NO GRUPO SEGURADO – Haverá, em cada grupo asegurado, um único nível de cobertura, escolhido, entre os valores previstos no subitem 2.07.01, salvo no caso previsto no subitem seguinte.

2.07.02.01 – Quando um grupo for suscetível de divisão em subgrupos que, isoladamente, satisfaçam a todas as condições de aceitação estabelecidas nestas Normas, cada um deles poderá ser considerado como um grupo independente, com nível de cobertura próprio.

2.08 – IMPORTÂNCIA SEGURADA – A importância asegurada para cada seguro principal, em um mesmo grupo, será obtida pela seguinte expressão:

IS = 10.800 x k x US
Na qual: IS = é a importância asegurada

K = é o nível de cobertura do grupo; e
US = é o valor da unidade de serviço, fixado pelo INPS e em vigor na data da alta médica.

2.08.01 – As importâncias aseguradas dos dependentes serão iguais à metade das importâncias aseguradas dos segurados principais.

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

2.09.01 – Exclusivamente para os segurados principais;ou

2.09.02 – Para os segurados principais e seus dependentes.

2.09.02.01 – A cobertura do seguro deverá abranger, obrigatoriamente, todos os dependentes seguráveis, sem exceção.

2.10 – DEPENDENTES SEGURÁVEIS – São considerados seguráveis:

2.10.01 – Os filhos maiores de 2 (dois anos) e menores de idade, desde que solteiros e vivendo no mesmo domicílio do segurado principal.

2.10.01.01 – Equiparam-se aos filhos legítimos, os legitimados, naturais reconhecidos e adotivos.

2.10.01.02 – São considerados como dependentes, ainda, desde que a relação de dependência tenha sido admitida como abatimento no Imposto de Renda, sujeito à ulterior comprovação:

- a) – filhos maiores até 24 (vinte e quatro) anos de idade que ainda estejam cursando estabelecimento de ensino superior; e
- b) – menores de 18 (dezoito) anos, pobres, que o Segurado Principal crie e eduque.

2.10.02 – São considerados, também, como dependentes seguráveis, os cônjuges dos segurados principais, ainda que não exista dependência econômica.

2.10.02.01 – Equiparam-se às esposas as companheiras dos segurados solteiros, viúvos ou desquitados, desde que haja concordância com a anotação feita na Carteira Profissional e enquadramento no disposto nas leis brasileiras sobre a matéria.

2.10.02.02 – Os segurados pertencentes às categorias profissionais para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais, terão incluídas no seguro as companheiras, desde que elas estejam devidamente registradas de acordo com a eventual regulamentação própria.

2.10.03 – Não serão considerados como dependentes cônjuges que pertençam ao mesmo grupo segurado.

2.10.03.01 – Os dependentes seguráveis, no caso do subitem anterior, serão incluídos, sempre, no seguro de ambos os cônjuges.

2.10.04 – As companheiras admitidas nesta condição após o início de vigência da apólice, só terão cobertura do seguro depois de decorrido o prazo de 1 (um) ano a contar da anotação na Carteira Profissional.

2.10.04.01 – As companheiras pertencentes às categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais, terão a contagem iniciada a partir do registro feito de conformidade com a eventual regulamentação própria.

2.11 – DESPESAS COBERTAS E NÃO COBERTAS – A cobertura e a exclusão de cobertura, neste seguro, rege-se de conformidade com as disposições constantes dos subitens a seguir:

2.11.01 – DESPESAS COBERTAS – Dentro das condições e limitações estabelecidas na apólice, será concedido o reembolso parcial às seguintes despesas:

2.11.01.01 – DESPESAS HOSPITALARES – Assim entendidas as efetuadas com:

- a) taxa de internação;
- b) diárias;
- c) drogas e medicamentos fornecidos pelo hospital;
- d) exames radiológicos e de laboratório;
- e) sangue e seus derivados;
- f) oxigênio
- g) utilização de salas de operação, de recuperação e de tratamento intensivo;
- h) utilização de respiradores artificiais, leitos especiais, monitores e toda aparelhagem e materiais indispensáveis ao tratamento.

2.11.01.02 – DESPESAS MÉDICAS – Assim consideradas, exclusivamente quando houver internação em clínica ou hospital, as realizadas com:

- a) honorários de médicos assistentes, cirurgiões, anestesiologistas e auxiliares.

2.11.01.03 – OUTRAS DESPESAS – Assim compreendidas as feitas com:

- a) exames radiológicos e de laboratório realizados no período compreendido entre o dia da internação hospitalar e os 10 (dez) dias imediatamente antecedentes, desde que comprovadamente relacionadas com o evento que motivar a internação;
- b) tratamento pelos raios – X, radium ou outras substâncias radioativas;
- c) instalação de marca-passos cardiológicos;
- d) despesas com intervenções cirúrgicas que não necessitem internação hospitalar, desde que realizadas em instituição nosocomial.

2.11.01.03.01 – Nas despesas relacionadas no subitem 2.11.01.03, não são consideradas cobertas as relativas a honorários de médicos e auxiliares.

2.11.02 – DESPESAS NÃO COBERTAS – Estão excluídas da cobertura do seguro, tenha ou não havido internação hospitalar, as seguintes despesas:

- a) tratamento de lesões ou de condições patológicas preexistentes à data de início de vigência do seguro;
- b) tratamento de doenças mentais, psiconeuróticas e de personalidade;
- c) tratamento de moléstias profissionais e lesões e quaisquer estados patológicos decorrentes de acidentes de trabalho;
- d) tratamento de quaisquer moléstias contagiosas;
- e) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos resultantes de eventos ligados à energia nuclear, radiações ionizantes ou quaisquer outras emanções havidas na produção, transporte, utilização ou neutralização de matérias físséis e seus resíduos, na construção ou emprego de reatores nucleares, isótopos radiativos ou quaisquer outros aparelhos, instrumentos, engenhos ou corpos utilizados na obtenção, transformação ou utilização daquela energia;
- f) cirurgia plástica e tratamentos com finalidades estética e que não sejam corretivos ou reparadores de lesões ou estados patológicos;
- g) gravidez, tópica ou ectópica, e todas as manifestações dela provenientes, quer naturais, mórbidas, acidentais ou provocadas;
- h) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos resultantes de guerra, revolta, motim, tumulto, duelo, briga e/ou agressão provocada pelo segurado e/ou seus dependentes;
- i) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos causados por embriaguez, uso de drogas sem controle médico e por ingestão, ainda que acidental, de substância entorpecentes, corrosivas ou tóxicas;
- j) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos ocasionados por tentativa de suicídio, frustrada ou não, consciente ou inconsciente;
- k) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos conseqüentes de competições, inclusive treinos preparatórios;
- l) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos provenientes de ato reconhecidamente perigoso praticado pelo segurado e/ou seus dependentes, que não seja motivado por necessidade justificada;
- m) tratamento de lesões e quaisquer estados patológicos resultantes de prática, por parte do segurado e/ou seus dependentes, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- n) Tratamento e internações realizados em consultórios médicos;
- o) exame de avaliação do estado sanitário (check-up); e
- p) quaisquer despesas extraordinárias e com acompanhantes.

2.12 – COBERTURA MÁXIMA PERMISSÍVEL – Por se tratar de seguro de reembolso não será permitida, em qualquer hipótese, a cobertura do segurado principal ou de seus dependentes em mais de uma apólice, seja no mesmo grupo segurável, seja em grupos

seguráveis diferentes, na mesma ou em mais de uma apólice, seja no mesmo grupo segurável, seja em grupos seguráveis diferentes, na mesma ou em mais de uma Seguradora.

2.12.01 – Deverá constar da apólice e do certificado individual a observação de que o excesso de cobertura será nulo, recaindo a nulidade sobre a (s) apólice (s) mais recente (s).

2.12.02 – Quando o componente já for segurado, no mesmo ou em outro grupo segurável em processo de contratação de seguro, deverá ser excluído para os fins do estabelecimento do índice mínimo de adesão, conforme definido no item 2.05 e seus subitens, a menos que prefira cancelar a cobertura em vigor.

2.13 – ACEITAÇÃO DE SEGURADOS – Só poderão ser segurados os empregados do Estipulante que estiverem em serviço ativo no dia em que se iniciar o respectivo risco individual, e contarem no máximo, 60 (sessenta) anos e 6 (seis) meses de idade.

2.13.01 – ACEITAÇÃO NO GRUPO INICIAL – Poderão ser aceitos, sem prova de saúde (declaração pessoal de saúde ou exame médico) todos os empregados seguráveis por ocasião do início do seguro, inscritos antes da emissão da apólice.

2.13.01.01 – O formulário “Declaração Pessoal de Saúde” de que trata o subitem anterior deverá ser submetido à aprovação da SUSEP.

2.13.02 – ACEITAÇÃO POR INCLUSÕES – Poderão ser aceitos:

- a) sem prova de saúde – todos os empregados seguráveis por ocasião do início do seguro, inscritos até 90 (noventa) dias dessa data, e todos os inscritos até 90 (noventa) dias após se tornarem seguráveis ; e
- b) somente com prova de saúde satisfatória para a Sociedade Segurada; todos os empregados que se inscreverem fora das condições previstas nos dispositivos precedentes.

2.14 – IDADE LIMITE PARA PERMANÊNCIA NO GRUPO SEGURADO – Só poderão permanecer segurados os componentes que, na data aniversária da apólice, contarem no máximo 65 (sessenta e cinco) anos e 6 (seis) meses de idade.

2.15 – EXCLUSÃO DO GRUPO SEGURADO – Serão automaticamente excluídos do grupo segurado os componentes que, por qualquer motivo deixarem de auferir do empregador proventos derivados do efetivo exercício da sua atividade de trabalho, com exceção da previsão contida no item a seguir.

2.16 – ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE COBERTURA – Será procedida, mediante aviso do Estipulante, sempre que o empregado passar de uma categoria para outra, nos casos em que o grupo haja sido dividido em subgrupos, conforme previsão feita no subitem 2.07.02.01

2.16.01 – Se a alteração de que trata o subitem 2.16 for para um nível superior, esta somente entrará em vigor 3 (três) meses após o recebimento do aviso dado pelo Estipulante e

2.17 – COMISSÕES – Somente serão concedidas as seguintes comissões:

2.17.01 – COMISSÃO DO CORRETOR – Será fixada em determinada percentagem do prêmio, não podendo ser superior a 10% (dez por cento).

2.17.02 – COMISSÃO DE ADMINISTRAÇÃO – Poderá ser concedida ao Estipulante até o máximo de 5% (cinco por cento) do prêmio.

2.17.02.01 – A comissão de Administração, prevista no subitem precedente, somente será devida quando o Estipulante administrar, efetivamente, o seguro.

2.18 – PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS POSITIVOS – É a concessão, ao Estipulante e/ou aos Componentes do grupo segurado, da participação nos resultados da apólice.

2.18.01 – A participação a atribuir será calculada com base no resultado do grupo segurado.

2.18.01.01 – A participação somente será atribuída após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período.

2.18.02 – PRAZO PARA A PARTICIPAÇÃO – A partir dos resultados positivos será atribuída, unicamente, em períodos trienais.

2.18.03 – NÚMERO MÍNIMO DE COMPONENTES PARA A PARTICIPAÇÃO – Somente será atribuída participação nos resultados positivos aos grupos segurados com 50 (cinquenta) ou mais componentes.

2.18.04 – ÍNDICES DE ADESÃO PARA A PARTICIPAÇÃO – Não poderá ser atribuída participação nos resultados positivos aos grupos cujo índice de adesão de segurados, no período de cálculo, seja inferior ao índice mínimo previsto nestas Normas.

2.18.05 – PERCENTAGENS DAS DESPESAS GERAIS – As percentagens de descontos, a título de despesas gerais, não poderão ser inferiores às que constam a seguir, conforme o número médio de segurados no período:

- a) De 50 a 250 componentes40%
- b) De 251 componentes em diante35%

2.18.06 – CONCEITUAÇÃO DA RECEITA E DESPESA PARA FINS DE PARTICIPAÇÃO NOS RESULTADOS POSITIVOS

2.18.06.01 – Considera-se como receita:

- a) prêmios vencidos e cobrados, correspondentes ao período de apuração do resultado; e
- b) sinistros pendentes de reembolso computados na apuração do resultado do período anterior.

2.18.06.02 – Considera-se como despesa:

- a) despesas gerais, no mínimo as que resultarem da aplicação, aos prêmios mencionados na alínea “a” do subitem 2.18.06.01, das percentagens correspondentes ao grupo, constantes do subitem 2.18.05;
- b) sinistros cujos reembolsos tenham sido concedidos no período de apuração do resultado;
- c) sinistros avisados em qualquer época e cujos reembolsos não tenham sido concedidos no período de apuração do resultado; e
- d) saldo negativo do período anterior da apuração do resultado

2.18.07 – RESULTADO POSITIVO A ATRIBUIR – Não poderá ser atribuída importância superior a 50% (cinquenta por cento) do resultado positivo apurado.

2.18.08 – BASE DE ATRIBUIÇÃO DOS RESULTADOS POSITIVOS – Os resultados positivos deverão ser atribuídos na base do prêmio do ano seguinte.

2.18.08.01 – Se o custeio do seguro for “não contributivo” ou “parcialmente contributivo” poderá o Estipulante, desde que assim o deseje, receber em dinheiro a totalidade ou parte do resultado positivo apurado e atribuído de conformidade com a previsão do subitem 2.18.07, não podendo, contudo, receber mais do que a importância com a qual contribuiu no período de apuração.

2.18.08.02 – O critério de redução do prêmio deverá constar de Nota Técnica a ser submetida à SUSEP.

2.19 – CESSAÇÃO DO SEGURO DO SEGURADO PRINCIPAL – O seguro do componente cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o componente e o Estipulante, inclusive nos casos de aposentadoria;
- c) quando o componente solicitar a sua exclusão do grupo segurado; e
- d) com a verificação do caso previsto no subitem 2.15

2.20 – CESSAÇÃO DO SEGURO DOS DEPENDENTES – A cessação do seguro dos dependentes ocorrerá nos casos previstos a seguir:

2.20.01 – PARA TODOS OS DEPENDENTES

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com a cessação do seguro do segurado principal; e
- c) com o cancelamento da cobertura de dependentes da apólice.

2.20.02 – PARA OS CÔNJUGES

- a) com a homologação do desquite, e
- b) com o cancelamento do registro, quando se tratar de companheira.

2.20.03 – PARA OS FILHOS E MENORES POBRES

- a) com o atingimento pelos filhos, maiores e menores, e pelos menores pobres que o segurado principal crie e eduque, das idades limite constantes dos subitens 2.10.01 e 2.10.01.02; e
- b) com o casamento dos dependentes mencionados na letra “a” deste subitem.

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

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

2.21.02 – Nos casos de seguros “não contributários” poderá ser cancelada a apólice, em qualquer época, por mútuo e expresse consenso das partes contratantes, isto é, Sociedade Seguradora e Estipulante.

2.21.03 – Ressalvada a hipótese prevista no item 2.21 o cancelamento da apólice, no caso de seguro contributivo, somente se dará quando expirar o prazo de sua validade, ou, antes disso, se houver o mútuo e expresse consenso de todas as partes contratantes Estipulante, Segurados e Segurador.

2.22 – RENOVAÇÃO DA APÓLICE – A apólice será renovada, automaticamente, no fim de cada ano de sua vigência.

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

2.23 – ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA – O seguro previsto nestas Normas abrangem o reembolso de eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

CAPÍTULO III

RESERVAS TÉCNICAS

As Sociedades Seguradoras constituirão mensalmente, para essa modalidade de seguro, as seguintes Reservas:

3.01 – De Riscos não Expirados que será calculada de acordo com a Nota Técnica aprovada pela SUSEP.

3.01.01 – O valor da reserva a que se refere o item acima não poderá ser inferior a 20% dos prêmios retidos relativos aos 3 (três) meses anteriores à data da avaliação.

3.02 – De Sinistros a Liquidar que será calculada na forma indicada no item 4 da Circular SUSEP nº44, de 08.09.71.

TARIFA MÍNIMA

NÍVEIS DE COBETURA	PRÊMIO COMERCIAL MENSAL DE US (UNIDADE DE SERVIÇO)					
	1		2		3	
	Segurado	Segurado e Dependentes	Segurado	Segurado e Dependentes	Segurado	Segurado e Dependentes
Até 45	31,21	52,06	52,02	86,77	58,95	98,34
De 46 a 50	34,64	57,79	57,74	96,31	65,43	109,16
De 51 a 55	41,82	69,76	69,70	116,27	78,99	131,77
De 56 a 60	50,56	84,34	84,27	140,57	95,50	159,31

NOTA A idade média atuarial é calculada pela fórmula:

$$X = 27 + \sqrt{(27 - \bar{x})^2 + \sigma^2}, \text{ na qual}$$

X – é a idade média atuarial

\bar{x} – é a média aritmética das idades dos componentes

σ^2 – é a variância da distribuição das idades dos componentes.

SEGURADORA, ENDEREÇO, CGC, etc

RELATÓRIA DE ALTA MÉDICA

1) Nome do Segurado Identidade nº
Nº da Apólice Nome do Estipulante
Nome do Paciente Idade.....
Grau de Parentesco Nacionalidade.....
Naturalidade Profissão..... Sexo.....
Endereço Residencial Bairro.....
Cidade Estado.....

2) Internado no Hospital Data da Internação
Data da Alta Hospitalar Data da Alta Definitiva
Se tiver havido Internação Cirúrgica: Data

3) Motivo da Internação
.....
.....

4) Diagnóstico da Doença: (codificar de acordo com a Classificação Internacional de Doenças)
.....

5) Descrição do tratamento realizado (Clínico ou Cirúrgico):
.....
.....

6) Diagnóstico Pós-Operatório
.....
.....

7) Tipo de Anestesia:
Tempo de Anestesia:

8) Condições de Saúde do Paciente quando da Alta Hospitalar
.....
.....

9) Exames Complementares Realizados
.....
.....

10) Esclarecimentos complementares julgados necessários
.....
.....

11) Nome dos médicos que atenderem o paciente:

Médico Responsável pelo tratamento

Inscrição CRMInscrição CPF

Cirurgião

Inscrição CRMInscrição CPF

Cirurgião Auxiliar (1º)

Inscrição CRMInscrição CPF

Cirurgião Auxiliar (2º)

Inscrição CRMInscrição CPF

Anestesista

Inscrição CRMInscrição CPF

12) Nome de outros profissionais que atenderam o paciente:

.....Especialidade.....

.....

Inscrição.....Inscrição CPF

.....Especialidade.....

InscriçãoInscrição CPF

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO MÉDICO:

ENDEREÇO:

CIDADE :ESTADO:.....

RECIBO DE HONORÁRIOS

Cr\$

Recebi de
(NOME DO SEGURADO)
a importância de Cr\$
pelos serviços profissionais prestados no período de/...../..... a /....., a
(NOME DO PACIENTE)
(..... do Segurado) coberto pela
Apólice nº da
(NOME DA SEGURADORA)

....., ,
(LOCAL) (DATA)

.....
(ASSINATURA)

CRM

.....
(NOME LEGÍVEL)

CPF

...

NATUREZA DOS SERVIÇOS PROFISSIONAIS
.....
.....
.....

NOTA: O REEMBOSLO A SER CONCEDIDO SERÁ CONTABILIZADO PELA
SEGURADORA COMO DESPESA DEDUTÍVEL DO IMPOSTO DE RENDA.