



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP nº 014, de 11 de março de 1985

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS (SUSEP), na forma do disposto do artigo 36, alínea “c”, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando o que consta do Processo SUSEP nº 001-00679/82,

R E S O L V E:

1 – Aprovar as Normas para o Seguro Vida em Grupo Temporário Anual, Renovável, para Empregados, Membros de Associações e Grupos Abertos – NSVG, na forma do Anexo, que fica fazendo parte integrante desta Circular.

2 – Aplica-se também ao Seguro Acidentes Pessoais Coletivo – APC, o disposto nos subitens 25.2.3 a 25.2.6.1, 25.2.9, na letra “f” do subitem 25.4.1, nos subitens 25.5 a 25.6.2, nos itens 27, 28, 31, 34, 40 e seus subitens e nos itens 32, 37, 38, 41 e 43, todos constantes do Anexo a esta circular.

3 – Esta Circular entra em vigor 150 (cento e cinquenta) dias após sua publicação, revogadas as disposições em contrário e as Circulares SUSEP nºs 23/72, 25/72, 28/72, 36/72, 38/73, 62/76, 78/77, 1/78, 5/78, 60/78, 47/79, 12/80, 1/81, 13/81 e 49/81.

FRANCISCO DE ASSIS FIGUEIRA
SUPERINTENDENTE

ANEXO À CIRCULAR Nº 14/85

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

1. Estipulante

É o empregador, a associação ou a pessoa jurídica que contrata o seguro com a Seguradora.

1.1 - Nos seguros legalmente obrigatórios, o estipulante equipara-se ao Segurado para os efeitos de contratação e manutenção do seguro.

1.2 - Nos seguros facultativos o Estipulante é mandatário dos Segurados, ficando investido dos poderes de representação destes perante a Seguradora.

1.3 – Fica vedada a subestipulação nos seguros dos grupos das classes “B” e “C”.

1.3.1 – A apólice de grupos das classes “B” e “C” poderá congrega, entretanto, mas de uma entidade, desde que o faturamento referente aos Segurados a elas vinculados seja feito diretamente pela Seguradora junto a cada entidade, vedada a emissão de subfaturas pelo Estipulante para tais grupos.

2. Grupo Segurável

É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por vínculo concreto ao mesmo empregador, associação ou pessoa jurídica, que possam ser Estipulante.

3. Classes de Grupos

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, com exceção apenas para os aposentados que pagarem o prêmio por carnê.

Classe “C” – Grupos de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas cujos estatutos admitam a estipulação de seguros.

3.1 – Equipara-se ao empregador a entidade fechada de Previdência Privada.

3.1.1 – 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.

3.1.2 – Os grupos constituídos por membros de associações que congreguem exclusivamente empregados de um mesmo empregador, ou de grupo de empresas, conforme definido no subitem 3.1.1, serão considerados como de classe “A”.

3.2 – São também incluídos na classe “C” os denominados grupos abertos, em que a vinculação do segurado ao grupo se dá pela simples adesão ao respectivo plano, com vistas à obtenção da cobertura do seguro.

3.2.1 – O grupo aberto poderá ser formado, também, pela simples inclusão do Segurado em apólice coletiva aberta, sem estipulante, emitida sob integral e exclusiva responsabilidade da Seguradora.

4. Grupo Segurado

É o conjunto dos componentes do grupo segurável efetivamente aceitos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor, não podendo ser inferior a:

- a) Grupos da Classe “A” – 20 (vinte) vidas para fins de aceitação;
- b) Grupos da Classe “B” – 200 (duzentas) vidas para fins de aceitação;
- c) Grupos da Classe “C” – 500 (quinhentas) vidas para fins de aceitação.

5. Aceitação de Segurados

5.1 – Grupos Classes “A” e “B”: somente poderão ser incluídos no seguro os empregados ou associados do Estipulante que estiverem em serviço ativo no dia fixado para início do respectivo risco individual, assim como os aposentados, nos termos destas Normas.

5.1.1 – Outras exigências para aceitação, como declaração pessoal ou prova de saúde, poderão ser adotadas, a critério da Seguradora.

5.2 – Grupos da Classe “C”: as pessoas serão incluídas no seguro mediante declaração pessoal ou prova de saúde e se atendidas outras exigências para aceitação, eventualmente feitas pela Seguradora.

5.3 – Qualquer que seja a classe do grupo, é condição necessária para aceitação e inclusão do Segurado na apólice o preenchimento do cartão-proposta.

5.3.1 – Esta condição poderá ser dispensada pela Seguradora, no caso de seguros não contributários.

5.4 – Analisado o cartão-proposta, é facultado à Seguradora recusar o seguro ou aceitá-lo sob restrições.

5.5 – Nos grupos das classes “B” e “C”, poderão as Seguradoras adotar uma carência, na cobertura básica, de até 90 (noventa) dias, para a cobertura por morte natural.

5.5.1 – As Seguradoras poderão também adotar carência, a seu critério, nas garantias adicionais de invalidez por doença e hospitalar-operatória e na cláusula de inclusão do cônjuge, quando esta não for automática.

5.5.2 – 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.

5.6 – Aposentados: os aposentados poderão participar do seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios, seja por intermédio do Estipulante, seja por carnê, devendo os prêmios ser recolhidos à Seguradora através da rede bancária.

5.6.1 – A Seguradora poderá, a seu critério, exigir declaração pessoal ou prova de saúde do aposentado, para efeito de sua inclusão no seguro.

5.6.2 – Os aposentados só poderão ser aceitos no início do seguro e desde que tenham sido aposentados por tempo de serviço, não podendo a soma dos respectivos capitais segurados ultrapassar 20% (vinte por cento) do capital total da apólice.

5.6.3 – Os Segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice serão mantidos no seguro, sem redução de seu capital segurado, se assim o desejarem, observados os subitens 5.6, 5.6.2 e o item 18 e seus subitens.

5.6.4 – Fica vedada a formação de subgrupos destinados apenas aos Segurados aposentados.

5.6.5 – 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, sem restrições específicas para eles.

6. Benefícios

São as indenizações pagáveis e os reembolsos efetúveis pela Seguradora no caso de ocorrência dos eventos incluídos nas diversas coberturas.

7. Beneficiário

É o próprio Segurado ou a(s) pessoa(s) designada(s) por ele, a quem deve(m) ser pago(s) o(s) benefício(s) garantido(s) pelo seguro.

7.1 - O Estipulante poderá ser beneficiário apenas nos seguintes casos:

a) quitação de dívida contraída pelo Segurado com o próprio Estipulante, e até o seu respectivo valor atual;

b) em que o Estipulante assuma o custeio da formação, aperfeiçoamento ou especialização profissional do Segurado, até o valor do custeio. Em cada caso, a cláusula beneficiária respectiva terá prazo determinado;

c) obrigação legal, estatutária ou contratual do Estipulante para com o Segurado, transformada por aquele em seguro integralmente custeado pelo Estipulante.

8. Garantia Básica

É o capital pagável ao beneficiário em caso de morte do Segurado, à vista ou parceladamente.

9. Garantias Adicionais

São as garantias concedíveis, além da garantia básica. As garantias adicionais devidas exclusivamente em caso de acidente, isto é, a Garantia Adicional de Indenização Especial e a Garantia de Invalidez Permanente, Total ou Parcial, 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. 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 as demais definições atinentes, todas extraídas da Apólice de Acidentes Pessoais.

9.1 – Garantia Adicional de Indenização Especial por Acidente – IEA: é a garantia de pagamento de um capital, proporcional ao da garantia básica, em caso de morte acidental do Segurado, devendo a proporcionalidade constar da apólice.

9.1.1 – A concessão da Garantia Adicional de Indenização Especial por Acidente, aos componentes de grupos de vôos das empresas de navegação aérea, somente poderá ser feita com condições e taxas especiais. No caso de haver conveniência da concessão desta garantia aos componentes daquelas empresas, serão os mesmos divididos em 2 (dois) subgrupos, sendo um para o pessoal de vôo e outro para o pessoal de terra.

9.2 – 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 para o exercício de qualquer atividade, em consequência de doença.

9.2.1 – 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.

9.2.2 – A concessão da aposentadoria por invalidez por instituição ou órgão oficial de previdência é condição necessária, porém não única, para o reconhecimento da invalidez pela Seguradora que poderá, entretanto, exigir a comprovação da invalidez diretamente por médicos de sua indicação.

9.2.3 – Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o capital relativo à cobertura básica será pago:

a) 50% (cinquenta por cento) em 18 (dezoito) prestações mensais e sucessivas, estabelecidas pelo fator 0,05823 aplicável a 50% (cinquenta por cento) do capital da cobertura básica;

b) os 50% (cinquenta por cento) restantes de uma só vez, ao final do pagamento das 18 (dezoito prestações referidas na alínea anterior, se persistir o estado de invalidez).

9.2.3.1 – Se durante o prazo de 18 (dezoito) meses deste benefício ocorrer, conforme disposto no item 18 destas Normas, aumento do capital segurado do grupo, os valores das prestações vincendas e da parcela do capital, mencionada na letra “b” do subitem 9.2.3, serão reajustados na mesma proporção em que seria reajustado o capital segurado por esta garantia, se o Segurado estivesse em atividade, limitado este reajuste ao percentual de variação do índice das ORTN, verificado no período entre o último reajuste de capital do Segurado e a data estabelecida para vigência dos novos capitais da apólice.

9.2.3.2 – Caso o Segurado venha a falecer durante o período de pagamento, o restante do capital será pago de uma só vez.

9.2.3.3 – No caso em que ocorrer, em consequência de doença, a perda anatômica de 2 (dois) membros (pernas, braços e mãos) ou da visão de ambos os olhos ou, ainda, a alienação mental total incurável, o capital segurado será pago de uma só vez.

9.2.4 – Se o estado de invalidez cessar antes de decorrido o prazo de 18 (dezoito) meses, o Segurado será reintegrado na cobertura da apólice, com o capital remanescente e pagando prêmio proporcional.

9.2.5 – Após o pagamento do capital segurado na forma prevista no subitem 9.2.3, o Segurado ficará automaticamente excluído da apólice.

9.2.6 – Não será permitida a concessão desta garantia apenas para os casos definidos no subitem 9.2.3.3.

9.2.7 – Esta garantia somente pode ser concedida para os grupos da classe “B” que tenham um mínimo de 500 (quinhentos) Segurados principais e para os da classe “C” que tenham um mínimo de 1.500 (mil quinhentos).

9.3 – Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA: é a garantia do pagamento de uma indenização proporcional à perda ou à impotência funcional e definitiva total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente.

9.3.1 – O capital segurado por esta garantia será proporcional ao da garantia básica, devendo a proporcionalidade constar da apólice.

9.3.2 – A concessão da aposentadoria por invalidez por acidente ou a alta definitiva por instituição ou órgão oficial de previdência é condição necessária, porém não única, para

o reconhecimento da invalidez pela Seguradora que poderá, entretanto, exigir a comprovação da invalidez diretamente por médicos de sua indicação.

9.3.3 – A concessão desta garantia a empregados de empresas de navegação aérea obedecerá às mesmas disposições do subitem 9.1.1 para a concessão da Garantia Adicional de Indenização Especial por Acidente.

9.4 – Garantia Adicional Hospitalar-Operatória – HO: é a garantia de reembolso ao Segurado das despesas de intervenção cirúrgica, efetuadas com o seu tratamento ou o de seus dependentes devidamente incluídos na apólice, desde que para a realização da cirurgia haja necessidade de internação hospitalar.

9.4.1 – Esta garantia só poderá ser concedida para a totalidade do grupo segurado. Nos seguros em que o grupo segurável for suscetível de divisão em subgrupos que não impliquem em anti-seleção, esta garantia poderá abranger apenas 1 (um) ou mais subgrupos específicos. A realização do seguro nestas condições deverá constar como cláusula das Condições Especiais da apólice.

9.4.2 – Poderão ser cobertos por esta garantia os seguintes dependentes do Segurado principal, desde que estejam segurados pela garantia básica:

- a) cônjuge;
- b) companheira (o) no caso do (a) Segurado (a) ser solteiro (a), viúvo (a), desquitado (a) ou divorciado (a), desde que haja enquadramento no disposto nas leis brasileiras sobre a matéria;
- c) filhos, enteados e menores considerados dependentes, de acordo com o Regulamento do Imposto sobre a Renda.

9.4.2.1 – 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 salário.

9.4.2.2 – A concessão desta garantia aos dependentes do Segurado principal só pode ser feita na forma automática, conforme conceituada na alínea “a” do subitem 10.1 e no subitem 10.2.2.

9.4.3 – Esta garantia 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 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 e do anestesista.

9.4.3.1 – O limite de reembolso para o conjunto das despesas relacionadas no subitem 9.4.3 é de 10% (dez por cento) do capital segurado do componente para a garantia básica. Esta percentagem pode ser aumentada até o limite máximo de 20% (vinte por cento), mediante acréscimo na taxa desta cobertura. O limite de cobertura adotado constará expressamente na apólice.

9.4.3.2 – No caso dos dependentes do Segurado, o limite para essa garantia é metade do fixado para o Segurado principal, observado o limite máximo de 30 (trinta) MVR para os dependentes relacionados na letra “c” do subitem 9.4.2.

9.4.4 – Estão excluídas da cobertura concedida por esta garantia:

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

b) as intervenções cirúrgicas motivadas 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 de trabalho e moléstias profissionais, revolta, motim, tumulto, duelo, briga, agressão provocada pelo Segurado, ação criminosa, tentativa de suicídio, afecção dentária, serviço militar na paz e na guerra;

d) as intervenções cirúrgicas motivadas por gravidez e suas conseqüências, tais como parto, cesariana, aborto e prenhez ectópica;

e) a cirurgia plástica, salvo quando conseqüente de acidente ocorrido ou doença iniciada após o início de vigência da cobertura desta garantia;

f) Vasectomia e laqueadura de trompas.

9.4.5 – A concessão desta garantia somente é permitida nos grupos de classe “A”.

9.4.6 – As apólices que porventura concedam, por esta garantia, cobertura diferente e mais ampla do que aquela ora definida, deverão adaptá-la às condições e taxas estabelecidas pela SUSEP para o Seguro Grupal de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e Hospitalar.

9.4.6.1 – Se a Seguradora entender ser difícil ou problemática a adaptação ora determinada, deverá submeter à aprovação da SUSEP o plano de cobertura que estiver adotando.

9.4.6.2 – Em sendo aprovado pela SUSEP o plano de cobertura, o mesmo prevalecerá para o grupo segurado, mesmo que o seguro seja transferido para outra Seguradora.

9.5 – As garantias previstas nos subitens 9.1, 9.2, 9.3 e 9.4 somente poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e, exclusivamente, para a cobertura total (profissional e extraprofissional), ressalvado o disposto no subitem 9.4.1.

10. Cláusulas Suplementares

São as condições de inclusão na apólice dos cônjuges e filhos do Segurado.

10.1 – Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge: é a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos Segurados principais, que poderá ser feita das seguintes formas:

a) Automática – quando a cláusula abranger todos os cônjuges dos Segurados principais; e

b) Facultativa – por solicitação do Segurado principal mediante o preenchimento do cartão-proposta e declaração de saúde.

10.1.1 – Companheiras: equiparam-se às esposas as companheiras dos Segurados solteiros, viúvos, separados judicialmente ou divorciados, desde que haja concordância com a anotação feita na Carteira Profissional do Segurado principal e enquadramento no disposto nas leis brasileiras sobre a matéria. Os Segurados pertencentes às categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais, terão incluídas no seguro as companheiras, quando as mesmas estiverem devidamente registradas de acordo com a eventual regulamentação própria.

10.1.2 – Não poderão participar da cláusula suplementar os cônjuges e companheiras que façam parte do grupo segurável principal.

10.1.3 - Capital Segurado pela Cláusula Suplementar: o capital segurado da garantia básica do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do Segurado principal. Em cada grupo, o critério para a fixação do capital da cláusula suplementar deverá ser claramente estabelecido na respectiva cláusula, ou em tabela própria.

10.1.4 – Garantias Adicionais: somente será permitida a concessão ao cônjuge das seguintes garantias adicionais, desde que previstas para o Segurado principal:

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

10.1.5 – Beneficiário: quando a declaração de saúde do cônjuge for preenchida e assinada pelo Segurado principal, será ele, obrigatoriamente, o beneficiário da indenização por morte, devida pela cláusula suplementar; neste caso, ocorrida a morte do cônjuge, poderá o Segurado principal determinar o pagamento da indenização a um outro beneficiário.

10.1.6 – Cancelamento do Seguro do Cônjuge: o seguro do cônjuge 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;
- f) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira;
- g) a pedido do Segurado principal.

10.1.7 – Restrição de Cobertura: a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge pode ser restrita a esposas e companheiras.

10.2 – Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos: é a inclusão, no seguro, dos filhos do Segurado principal e o do Segurado pela Cláusula Suplementar de Cônjuge.

10.2.1 – Para fins desta Cláusula são seguráveis os filhos, enteados e menores considerados dependentes, de acordo com o Regulamento do Imposto sobre a Renda.

10.2.2 – Inclusão de Filhos: a inclusão só poderá ser feita automaticamente abrangendo todas as pessoas seguráveis enquadradas nas condições do subitem 10.2.1. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado principal, os filhos serão segurados apenas uma vez.

10.2.3 – Garantias: poderão ser concedidas as 2 (duas) ou apenas 1 (uma) das seguintes garantias:

a) Reembolso com Funeral – limitado a 10% (dez por cento) do capital segurado do Segurado principal e a 30 (trinta) vezes o MVR. Em cada grupo, o critério para a fixação do limite de reembolso deverá ser claramente estabelecido na cláusula, ou em tabela própria.

b) Garantia Hospitalar-Operatória – desde que a mesma garantia tenha sido concedida aos segurados principais e pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge ou de Esposa.

10.2.4 – Beneficiário: qualquer reembolso devido por esta Cláusula Suplementar será feito ao Segurado principal.

10.2.5 – Cancelamento do Seguro do Filho: o seguro do filho será obrigatoriamente cancelado:

- a) quando for cancelada a apólice;
- b) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge;
- c) quando for cancelada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos;
- d) no caso de o Segurado principal sair do grupo segurado;
- e) no caso de morte do Segurado principal;
- f) no caso da cessação da condição de dependentes, conforme previsto na regulamentação do Imposto sobre a Renda.

10.2.6 – A concessão da cláusula só será permitida nos grupos da classe “A” e que tenham Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge na forma automática.

11. Capital Segurado do Componente

É a importância a ser paga em função da garantia básica da apólice.

11.1 – Para cada grupo poderá haver uma ou mais classes de capitais, devendo a escala de capitais segurados ser fixada em função de fatores objetivos, como idade, salário, sexo, subgrupos, etc.

11.2 – A Seguradora poderá recusar ou aceitar sob restrições e/ou condições especiais, o capital segurado que ultrapassar o seguinte limite:

$$L = c + 2.d$$

Onde:

L = o limite do capital segurado;

c = o capital médio da cobertura;

d = o desvio-padrão dos capitais da cobertura, do grupo segurável ou segurado.

11.2.1 – O disposto neste item prevalece também para as garantias adicionais e cláusulas suplementares.

11.2.2 – Os seguros dos componentes cujo capital ultrapassar o limite previsto neste item poderão ser considerados pelo IRB, para efeito de resseguro, como individuais.

11.2.3 – Aos componentes, cuja importância segurada ultrapassar o limite ora fixado, poderá ser cobrado o 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.

12. Capital Total Segurado

É a soma dos capitais segurados da garantia básica dos componentes do grupo.

13. Prêmio de Cálculo

É a soma dos produtos dos capitais segurados da garantia básica, pelas taxas correspondentes às respectivas idades.

14. Taxa Média

É o quociente do prêmio de cálculo, pelo capital total segurado. Serve de base ao cálculo dos prêmios da garantia básica dentro do período de sua aplicação.

14.1 – 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.

14.1.1 – Se a taxa média efetiva não for superior nem inferior à taxa média presumível em mais de 10% (dez por cento), poderá ser aplicada a taxa média presumível.

14.2 – A taxa média será recalculada com base no grupo segurado na data aniversária 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.

14.2.1 – Se a taxa média recalculada não for superior nem inferior à vigente em mais de 10% (dez por cento), poderá ser mantida a taxa vigente.

14.3 – Nos grupos das classes “B” e “C” em que for adotada a taxa média, quando não for possível conhecer previamente a composição do grupo segurável, aplicar-se-á a taxa comercial mensal mínima de 1% (um por mil) do capital segurado, limitando-se em 60 (sessenta) anos a idade para inclusões.

14.3.1 – Assim que for possível a Seguradora calculará a taxa média efetiva do grupo e adotará tal taxa, se ela for superior ou inferior à adotada em mais de 10% (dez por cento).

15. Fracionamento dos Prêmios

Os prêmios podem ser anuais, semestrais, trimestrais ou mensais.

16. Custeio do Seguro

Sob este aspecto, o seguro pode ser:

- a) Não Contributário – em que os Segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus totalmente sobre o Estipulante.
- b) Contributário – em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

17. Índice de Adesão

É a relação entre o número de Segurados e o número de componentes do grupo segurável, expressa em percentagem.

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

17.2 – Nos grupos contributários em que for possível conhecer previamente o grupo segurável, o índice mínimo de adesão e o prazo para que o mesmo seja atingido serão fixados pela Seguradora, de acordo com as características do grupo segurável (classe do grupo, tipo de atividade, composição etária, número de seguráveis, etc.). Na fixação do índice de adesão, a Seguradora tomará por base a seguinte Tabela:

Número de Componentes do Grupo Segurável	Índice Mínimo de Adesão			
	%	Aceitação c/Mínimo de	%	Manutenção c/Mínimo de
até 50	80	20 vidas	70	14 vidas
de 51 a 100	70	40 vidas	60	35 vidas
de 101 a 150	60	70 vidas	55	60 vidas
de 151 a 200	55	90 vidas	50	80 vidas
de 201 a 250	50	110 vidas	45	100 vidas
de 251 a 500	45	125 vidas	40	110 vidas
de 501 a 750	40	225 vidas	35	200 vidas
de 751 a 1.000	35	300 vidas	30	260 vidas
de 1.001 a 2.500	30	350 vidas	25	300 vidas
de 2.501 a 5.000	25	750 vidas	22	625 vidas
de 5.001 a 10.000	22	1.250 vidas	20	1.100 vidas
de 10.001 a 25.000	20	2.200 vidas	18	2.000 vidas
de 25.001 a 50.000	18	5.000 vidas	16	4.500 vidas
de 50.001 em diante	16	9.000 vidas	15	8.000 vidas

17.2.1 – Nos seguros contributários em que o grupo segurável for suscetível de divisão em subgrupos que não impliquem em anti-seleção, cuja definição conste da respectiva apólice, será permitida a realização do seguro separadamente para cada subgrupo, desde que, em cada um deles, sejam observadas as condições de aceitação. A realização do seguro nestas condições deverá constar da apólice e o início do seguro de cada subgrupo deverá constituir um aditivo à mesma.

17.2.2 - A Seguradora fixará o número mínimo de Segurados para efeito de manutenção da apólice nos grupos “A”, “B” e “C”.

17.2.3 – Fica a critério da Seguradora a fixação de índices mínimos de adesão para concessão da cláusula de conjugue e das garantias de invalidez por doença e hospitalar-operatória.

18. Reajuste da Importância Segurada

A importância segurada, das garantias básicas e adicionais e das cláusulas suplementares, poderá ser reajustada automática e periodicamente com base no índice (integral ou parcial) de variação das ORTN ou no salário do Segurado principal, de acordo com o que dispuserem as condições da apólice.

18.1 - Os reajustes de importância segurada fora das épocas e critérios previstos na apólice, somente serão efetuados se aceitos pela Seguradora.

18.2 – Não obstante o disposto no subitem anterior, quando apólice não prever reajuste automático da importância segurada ou quando o período de reajuste for superior a 1 (um) ano, fica a Seguradora obrigada aceitar, a partir de 12 (doze) meses após o último reajuste, pedido de reajuste da importância segurada, feito pelo Estipulante, desde que em percentual que não ultrapasse o índice oficial de correção monetária.

18.3 – Nos casos de escala estabelecida em múltiplos de salário, o capital será aumentado automaticamente junto com o aumento salarial do Segurado, respeitado o limite estabelecido na apólice.

18.4 – A Seguradora não poderá impor limite de idade para os reajustes automáticos da importância segurada e nem para aqueles concedidos na forma do subitem 18.2.

18.4.1 – O disposto neste subitem não impede a Seguradora de fixar escala de capitais segurados, para ingresso no seguro, em função, também, da idade do Segurado.

18.5 – Aposentados: os Segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice serão mantidos no seguro, sem redução da importância segurada.

18.5.1 – O reajuste da importância segurada dos aposentados será feito na mesma proporção do reajuste para aos Segurados ativos, como se o aposentado em atividade estivesse.

18.5.2 - A importância segurada do aposentado não poderá ser inferior à menor importância prevista na escala de capitais segurados para os componentes do grupo que estiverem em atividade.

18.5.3 – não obstante o disposto nos subitens anteriores, a soma dos capitais segurados dos aposentados não poderá ultrapassar, em princípio, a 20% (vinte por cento) do capital total da apólice. Se isto ocorrer, a proporção do reajuste para os aposentados poderá ser reduzida de modo a que aquela percentagem não seja ultrapassada, observado, no entanto, o disposto no subitem 18.5.2.

18.5.4 – Se a percentagem do capital total dos aposentados vier a ultrapassar 20% (vinte por cento) do capital total da apólice, o capital dos aposentados poderá ser mantido, a critério do Estipulante e da Seguradora, se tal fato não contribuir para a excessiva elevação da taxa média do grupo segurado.

19. Cessação da Cobertura de cada Segurado

A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- c) quando o Segurado solicitar a sua exclusão da apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com a sua parte do prêmio.

20. Prazo da Apólice

O prazo de validade ou de vigência da apólice é de 1 (um) ano.

21. Renovação da Apólice

A apólice será sempre e automaticamente renovada ao fim do 1º (primeiro) e do 2º (segundo) ano de sua vigência, exceto nos casos previstos no item 22 e subitens 22.1.1, 22.1.2 e 22.1.3.

21.1 – A partir do 3º (terceiro) aniversário de sua vigência, a apólice poderá, entretanto, deixar de ser renovada por expressa manifestação do Estipulante ou da Seguradora, mediante aviso prévio de um ao outro, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do vencimento do prazo anual de validade da apólice (data aniversária).

22. Cancelamento da Apólice

A apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, se a composição do grupo ou a natureza dos riscos vier a sofrer alterações tais que tornem incompatível sua manutenção, desde que tenham sido infrutíferos os esforços da Seguradora para a adequação da apólice às condições mínimas possíveis para sua manutenção, tais como aumento do número de Segurados e/ou elevação da taxa média.

22.1 – Se o Estipulante, nos seguros contributários, deixar de recolher à Seguradora os prêmios recebidos dos Segurados, tal fato não dará motivo ao cancelamento da apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados que pagaram o prêmio, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

22.1.1 – A seguradora somente poderá cancelar a apólice por inadimplência do Estipulante se disto der ciência a todos os Segurados ou se tomar as medidas judiciais cabíveis, para eximir-se da cobertura concedida aos Segurados.

22.1.2 – Nos seguros não contributários, a Seguradora poderá cancelar a apólice por inadimplência do Estipulante, a qualquer época.

22.1.3 – Nos seguros não contributários, a apólice poderá ser cancelada, ainda, por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, a qualquer época.

22.2 – A não ser nas hipóteses previstas no item 22 e nos subitens 22.1.1, 22.1.2 e 22.1.3 o cancelamento da apólice dar-se-á somente pela sua não renovação, na forma do item 21.1.

23. Comissões

Poderão ser concedidas na forma abaixo:

23.1 – Comissão do Corretor: será fixada em determinada percentagem do prêmio, não podendo ser superior a 10% (dez por cento).

23.2 – Comissão do Angariador: a comissão a ser paga aos angariadores de cartões-proposta, não poderá exceder a 100% (cem por cento) do primeiro prêmio mensal

individual quando tratar-se de grupo classe “A” e a 200 (duzentos por cento) quando tratar-se de grupos classes “B” e “C”.

23.2.1 – As comissões previstas no subitem 23.2 somente serão devidas ao angariador quando a angariação for individual.

23.2.2 – Fica vedado o pagamento da comissão de angariação nos casos de transferência do grupo segurado de uma para outra Seguradora, quando a nova apólice for emitida com base em relação nominal fornecida pelo Estipulante.

23.3 – Comissão de Administração ou “Pro Labore”: poderá ser concedida ao Estipulante até o máximo de 10% (dez por cento) do prêmio.

23.3.1 – A comissão de administração, prevista no subitem 23.3, somente será devida quando o Estipulante administrar, efetivamente, o seguro.

24. Cláusula de Devolução do Prêmio ou de Distribuição de Lucros

É aquela que estabelece as condições para devolução, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, de parte dos prêmios recebidos em função dos resultados técnicos da apólice.

24.1 – Aplicação: esta Cláusula somente poderá ser adotada nos grupos de classe “A”, conforme dispõe a Resolução CNSP nº 2/85, e quando, durante o exercício, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados principais.

24.2 – Prazo a partir do qual começará a devolução de prêmios: a devolução de prêmios será permitida somente a partir do 2º (segundo) aniversário da apólice, ou seja, a partir do 24º (vigésimo quarto) mês de vigência.

24.2.1 – Na apuração do resultado técnico da apólice, serão computadas todas as despesas e receitas conceituadas no subitem 24.3, ocorridas desde a última apuração ou desde o início da apólice, quando se tratar da 1ª (primeira) apuração.

24.2.2 – Quando se tratar de apólice transferida de outra Seguradora, a devolução será permitida a partir do seu 1º (primeiro) aniversário.

24.3 - Conceituação de Receita e Despesa para Apuração do Resultado Técnico:

24.3.1 – Consideram-se como Receita:

a) prêmios vencidos recebidos pela Seguradora, correspondentes ao período de apuração; e

b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e não devidos definitivamente.

24.3.2 – Consideram-se como Despesas:

a) despesas gerais, que não poderão ser inferiores às que resultarem da aplicação dos percentuais da Tabela a seguir à receita de prêmios; os percentuais são fixados em função do número médio mensal de Segurados principais no período de apuração:

MS	%
de 500 a 1.500.....	50
de 1.501 a 15.500.....	52,6786-0,001786 . MS
de 15.501 em diante.....	25

MS = média mensal de Segurados principais.

b) 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;

- c) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
d) comissão de administração ou “pro labore” pago ao Estipulante.

24.4 – Prêmio a Devolver: devolver-se-á 50% (cinquenta por cento) do resultado técnico apurado.

24.4.1 – Não fará jus à devolução a apólice cuja sinistralidade, no ano do cálculo, for superior a 50% (cinquenta por cento) dos prêmios recebidos no período.

24.4.2 – Para cada fatura que tiver sido paga em atraso pelo Estipulante serão deduzidos 10% (dez por cento) do prêmio a devolver.

24.4.3 – A Seguradora somente poderá devolver prêmio ao Estipulante cujo valor não ultrapasse o total de prêmios efetivamente pagos por ele, no período com base no qual se apurou o prêmio.

24.4.4 – O critério de rateio do prêmio a devolver entre os Segurados constará da Cláusula de Devolução de Prêmios.

24.4.5 – Somente fará jus à devolução do Segurado cujo seguro estiver em vigor na data-base de apuração do resultado.

24.5 – As cláusulas de “participação nos lucros” ou de devolução de prêmio, constantes das apólices em vigor, que estiverem em desacordo com estas Normas, deverão ser adaptadas às mesmas no prazo previsto para a adaptação das apólices em vigor.

24.5.1 – Para as cláusulas de devolução de prêmio ou de “participação nos lucros”, enquadradas na Circular SUSEP nº 12/80, caso a Seguradora e o Estipulante entendam que tal adaptação não deve ser feita, tal fato deve ser comunicado e justificado à SUSEP. Neste caso, a cláusula de devolução vigente na data de publicação destas Normas poderá ser mantida, automaticamente, desde que, até a data de enquadramento da respectiva apólice nestas NSVG, todos os Segurados sejam transferidos para uma nova apólice, bloqueada, na qual não poderá ser incluído nenhum novo Segurado.

24.5.2 – Examinado cada caso, a SUSEP poderá suspender a manutenção da cláusula.

24.5.3 – Para efeito de taxaço, todo o grupo segurado poderá ser considerado como um só, mesmo com a existência da apólice bloqueada.

24.5.4 – No caso de transferência, a nova Seguradora poderá manter a mesma cláusula de devolução de prêmio ou de “distribuição de lucro” da apólice bloqueada.

24.6 – No caso de adoção de taxaço especial, conforme item 26.7, a Cláusula de Devolução de Prêmio será cancelada; cessada a taxaço especial, a cláusula poderá ser reincluída na apólice.

24.6.1 – Em se tratando de caso previsto no subitem 24.5.1, a cláusula a ser reincluída na apólice deverá obedecer estas Normas.

25. Formulários Relativos ao Seguro

Os formulários indispensáveis à realização do seguro, são os seguintes:

25.1 – Proposta Mestre: a proposta mestre deverá ser assinada pelo Estipulante e conterà, obrigatoriamente, os seguintes elementos:

- a) condições gerais, especiais e particulares do seguro;
- b) item que obrigue o Estipulante informar a existência ou inexistência de outros seguros estipulados por ele, relacionando-se as respectivas Seguradoras, se for o caso;
- c) item que obrigue o Estipulante a consignar a taxa média da cobertura básica da última apólice por ele estipulada;
- d) taxa média da cobertura básica a ser adotada na nova apólice;
- e) relação das 3 (três) últimas Seguradoras nas quais o Estipulante manteve seguro, abrangendo-se, no máximo, os 9 (nove) anos anteriores.

25.2 – Cartão-Proposta: o cartão-proposta (proposta individual), cujo preenchimento e assinatura pelo candidato ao seguro, antes do início do respectivo risco individual, é obrigatório nos Seguros Contributários, deve conter os seguintes dispositivos impressos:

- a) indicação da Sociedade Seguradora e seu CGC;
- b) nome do formulário: Cartão-proposta Seguro de Vida em Grupo (e/ou Acidentes pessoais Coletivos);
- c) “Pelo presente autorizo a inclusão do meu nome na Apólice de Seguro de vida em Grupo (e/ou Acidentes Pessoais Coletivo) solicitada à (nome da Sociedade Seguradora) 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. Fica o Estipulante autorizado a, no aniversário da apólice, transferir o seguro para outra Seguradora, sempre que julgar necessário e/ou conveniente e de interesse para todo o grupo de Segurados e desde que a nova Seguradora emita o respectivo certificado do seguro em meu nome, confirmando os dados do seguro, inclusive

o(s) nome(s) do(s) beneficiário(s) por mim indicado(s). 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 a 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 conjugue, 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-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional”;

e) “Declaro para devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com o artigo 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 e pagarei o prêmio vencido”.

25.2.1 – Deverá constar, também, no cartão-proposta os seguintes campos a serem preenchidos:

- a) dados gerais do seguro: número da apólice e nome do Estipulante;
- b) dados das pessoas a segurar (principal e cônjuge):
nomes das pessoas a segurar e respectivas datas de nascimento.
- c) dados específicos do seguro:
data do início do seguro do Segurado principal e cônjuge;
capital segurado do Segurado principal e do cônjuge.
- d) dados específicos do Segurado principal, segundo a necessidade de informações para ingresso no seguro, tais como: salário, sexo, estado civil, data de admissão na empresa, ocupação que exerce, etc.;
- e) questionário a ser respondido pelo Segurado:
“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 – É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave? _____;

Exerce alguma atividade profissional a bordo de qualquer aeronave ou pratica pára-quedismo? _____;

3- Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? _____ Especificar, inclusive, o grau de deficiência: _____;

4 – Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) 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 e indique a Seguradora: _____;

8 – Tem outro(s) seguro(s) vida em grupo e/ou acidentes pessoais em vigor nesta data? _____ Em caso afirmativo, especifique: _____”.

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

25.2.2 – 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) data precisa em que o seguro entrará em vigor;
- c) informação sobre o critério e a época de reajuste da importância segurada, quando este for automático;
- d) informação sobre carências que existirem.

25.2.3 – Fica vedada a colocação de quadrinhos ou colunas de modo a permitir as respostas aos quesitos da letra “e” do subitem 25.2.1 pela simples marcação de um “x”.

25.2.4 - A critério da Seguradora, poderá deixar de constar do cartão-proposta para grupos de classes “A” e “B” a letra “e”, no todo ou em parte, do subitem 25.2.1 e a letra “d” e “e” do item 25.2.

25.2.5. – O cartão-proposta será preenchido em 2 (duas) vias, ficando a 2ª em poder do Estipulante.

25.2.6 – Em caso de transferência da apólice não será exigido o preenchido de novo cartão-proposta pelo Segurado já incluído no seguro, baseando-se a nova Seguradora nas informações do Estipulante para e emissão da apólice.

25.2.6.1 – O preenchimento de novo cartão-proposta também será dispensado nos casos de reajuste automático da importância segurada, com critério previamente definido, ou quando o seu aumento for proposto pela Seguradora, bastando, neste último caso, uma simples autorização do Segurado para o aumento.

25.2.7 – 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 como que dispuser a legislação em vigor.”

25.2.8 – As alterações e substituições de beneficiários, seja o seguro contributivo ou não, serão feitas sempre em 2 (duas) vias, destinando-se a 2ª ao Estipulante.

25.3 – Apólice Mestre: a apólice mestre deverá conter as condições gerais, especiais e particulares do seguro, devendo a ela ser anexada a proposta mestre.

25.4 – Certificado Individual: o certificado é destinado a cada Segurado como comprovante do seu seguro individual.

25.4.1 – Deverá constar, obrigatoriamente, do certificado os seguintes dados impressos:

- a) indicação da Sociedade Seguradora e seu CGC;
- b) nome do formulário: Certificado Individual de Seguro de Vida em Grupo (e/ou Acidentes Pessoais Coletivos);
- c) “O presente seguro rege-se pelas Condições Gerais e Especiais da apólice, 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 dos Segurados, conforme autorização deste expressa no respectivo cartão-proposta”;
- e) “O seguro representado por este certificado cessará automaticamente:
 - como o cancelamento da apólice;
 - no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante”;
- f) “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. Não sendo renovada a apólice, cuidará o Estipulante de transferir este seguro para outra Seguradora, se possível”;
- h) chancela de assinatura do procurador da Seguradora.

25.4.2 – Deverá também constar, obrigatoriamente, do certificado os seguintes campos a serem preenchidos:

- a) dados gerais do seguro: números da apólice e do certificado e nome do Estipulante;
- b) dados e nomes das pessoas seguradas;
- c) data do início ou da alteração dos seguros do Segurado principal e do cônjuge;
- d) capitais segurados;
- e) dados específicos do seguro;
- f) nome (s) do(s) beneficiário(s) do seguro, indicado(s) pelo Segurado;
- g) data de aniversário da apólice.

25.4.3 – O certificado individual será obrigatoriamente emitido pela Seguradora, quando o Segurado for incluído na apólice, inclusive quando se tratar de transferência de outra apólice, e nos casos de alteração da(s) importância(s) segurada(s) e/ou de alteração na indicação de beneficiários.

25.4.4 – Não obstante o disposto no subitem anterior, a Seguradora poderá deixar de emitir o certificado individual, nos casos de reajuste automático da importância segurada, com critérios previamente definidos.

25.5 – 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;
- d) número da apólice VG e/ou APC;
- e) número do certificado individual;
- f) valor do prêmio e período de cobertura a que se refere;
- g) data de vencimento do prêmio;
- h) garantias cobertas e respectivas importâncias seguradas.

25.5.1 – Deverá constar, ainda, na capa ou sobrecapa do carnê, a indicação dos bancos recebedores e, em destaque, o seguinte aviso:

Importante: “Estando em vigor a apólice, o Segurado que não receber novo carnê até o vencimento da última parcela deste carnê, deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário, na conta da Seguradora, ou através de ordem de pagamento, por via bancária, à mesma, indicando o(s) número(s) da(s) apólice(s) e de seu certificado individual.”

25.6 – Emissão dos Formulários: a emissão dos formulários do seguro é da exclusiva competência e responsabilidade da Seguradora, podendo a mesma, sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, delegar ao Estipulante a confecção e emissão do cartão-posto, do carnê e do certificado individual.

25.6.1 – Constatadas irregularidades no uso da delegação concedida, será ela revogada pela Seguradora ou por determinação da SUSEP, mediante notificação escrita ao Estipulante, devendo esta disposição constar expressamente do termo de delegação.

25.6.2 – Em se tratando de certificado individual, a delegação ao Estipulante somente poderá ser concedida em casos especiais e após autorização da SUSEP.

26. Disposições Tarifárias

26.1 – Tarifa Mínima para a Cobertura Básica: serão adotadas as taxas mínimas mensais, em cada idade, conforme Tabela a seguir, quer seja aplicada uma taxa média única para todo o grupo segurado, quer se adote a taxa por faixa etária:

Taxa Comercial Mensal (Por Mil)

Idade	Taxa	Idade	Taxa	Idade	Taxa	Idade	Taxa
14	0,1447	36	0,3214	58	2,3105	80	15,7890
15	0,1571	37	0,3452	59	2,5077	81	17,2443
16	0,1685	38	0,3707	60	2,7210	82	18,8252
17	0,1802	39	0,4581	61	2,9541	83	20,5378
18	0,1895	40	0,4331	62	3,2103	84	22,3872
19	0,1977	41	0,4708	63	3,4922	85	24,3750
20	0,2041	42	0,5163	64	3,8007	86	26,5037
21	0,2090	43	0,5690	65	4,1402	87	28,7754
22	0,2112	44	0,6296	66	4,5115	88	31,1969
23	0,2131	45	0,6966	67	4,9199	89	33,7856
24	0,2143	46	0,7700	68	5,3708	90	36,5888
25	0,2158	47	0,8506	69	5,8684	91	39,7029

* Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.03.85

26	0,2175	48	0,9387	70	6,4194	92	43,3242
27	0,2198	49	1,0344	71	7,0284	93	47,3605
28	0,2237	50	1,1387	72	7,6995	94	53,7374
29	0,2288	51	1,2514	73	8,4363	95	62,4565
30	0,2352	52	1,3731	74	9,2407	96	73,5203
31	0,2446	53	1,5039	75	10,1162	97	86,9270
32	0,2556	54	1,6439	76	11,0679	98	102,6742
33	0,2679	55	1,7938	77	12,1022	99	120,7575
34	0,2838	56	1,9546	78	13,2269	100	168,7500
35	0,3013	57	2,1262	79	14,4525		

26.1.1 – A Tabela de Taxas do subitem 26.1 será adotada em caráter experimental e até que a coleta de dados estatísticos sobre o Seguro Vida em Grupo, junto às Seguradoras, permita calcular as taxas mais adequadas a este seguro.

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

- a) para trimestral: taxa mensal x 2,94;
- b) para semestral: taxa mensal x 5,78;
- c) para anual: taxa mensal x 11,11.

26.2 – Agravações: as agravações sobre as taxas mínimas, de acordo com a natureza, a classe, o número de seguráveis ou Segurados e atividade profissional do grupo, serão fixados pela Seguradora.

26.3 – Taxas para as Garantias Adicionais: as taxas comerciais mínimas (por mil), para as garantias adicionais de Indenização Especial e de Invalidez Permanente Total ou Parcial, por acidente, são as seguintes:

Anual	Semestral	Trimestral	Mensal
1,11	0,58	0,29	0,10

26.3.1 – Para a garantia adicional de invalidez Permanente Total por Doença, a taxa é de 10% (dez por cento) da taxa média aplicada à garantia básica, não podendo ser inferior às taxas constantes do item 26.3.

26.3.2 – Na concessão da garantia adicional hospitalar-operatória, será cobrada, para a garantia de até 10% (dez por cento) do capital segurado da garantia básica, a taxa mínima de 40% (quarenta por cento) da taxa média aplicada àquele capital, obedecida a taxa mínima mensal de 0,3% (três décimos por mil).

26.3.3 – No caso de ser aumentada a percentagem do limite de 10% (dez por cento) do reembolso, referida no subitem 9.4.3.1, a taxa adicional mínima será também elevada, na base de 15% (quinze por cento) de acréscimo para cada 2% (dois por cento) de aumento em relação à cobertura básica, não podendo ser inferior ao maior dos 2 (dois) valores resultantes da Tabela a seguir:

Percentual de limite de reembolso	Percentagem mínima da taxa média referente à cobertura básica	Taxa mínima mensal, por mil, aplicável sobre o capital segurado pela cobertura básica
12	46	0,345
14	52	0,390
16	58	0,435
18	64	0,480
20	70	0,525

26.4 – Taxas para as Cláusulas Suplementares:

26.4.1 – Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge: para o cálculo da taxa média de um seguro com esta Cláusula Suplementar, a Seguradora adotará um dos seguintes critérios:

- a) cálculo de uma taxa média única para todo o grupo, incluindo os cônjuges pelas suas idades e respectivos capitais segurados. No divisor da operação de que resulta a taxa média não são incluídos os capitais segurados pela Cláusula Suplementar. Para cálculo do prêmio, como a taxa média assim obtida, multiplicar-se-á esta taxa somente pelo capital segurado do componente do grupo principal;
- b) 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;
- c) cálculo e aplicação isolada da taxa média cabível ao grupo dos cônjuges, cobrando-se os correspondentes prêmios dos respectivos Segurados pelo grupo principal;
- d) 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.

26.4.1.1 – No caso da impossibilidade de se obter a idade do cônjuge a ser incluído nesse cálculo suplementar, deverá ser obedecida a seguinte regra:

- cônjuge masculino: sua idade será a da esposa segurada no grupo principal, majorada de 3 (três) anos; e
- cônjuge feminino: sua idade será a do marido segurado no grupo principal.

26.4.1.2 – O critério definido na letra “a” do subitem 26.4.1 somente se aplica a grupos da classe “A” e em que o seguro seja não contributivo.

26.4.2 – Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos: taxa média para cobertura do seguro dos filhos será, no mínimo, correspondente à da idade de 15 (quinze) anos da tarifa mínima.

26.4.2.1 – Para o cálculo do prêmio adicional de cada Segurado principal, multiplicar-se-á essa taxa pelo número médio de filhos seguráveis dos componentes e pelo capital atribuído a cada filho.

26.4.2.2 – O número médio de filhos poderá ser determinado:

- a) através da indicação do número de filhos e respectivas idades no cartão-proposta do Segurado principal; ou

b) mediante cópia da relação do salário-família.

26.5 – Desconto Regulamentar: nos grupos com 100 (cem) ou mais vidas, nos quais a comissão prevista no item 23.3 for comprovadamente contratada e concedida em base inferior ao limite permitido nestas Normas, a taxa média poderá sofrer um desconto de acordo com a seguinte Tabela:

CA - %	Fator para Desconto
10.....	1,0000
9.....	0,9836
8.....	0,9677
7.....	0,9524
6.....	0,9375
5.....	0,9231
4.....	0,9091
3.....	0,8955
2.....	0,8824
1.....	0,8696
0.....	0,8571

onde:

CA = comissão de administração, expressa em percentagem do prêmio comercial. Para se obter a taxa média com desconto regulamentar, localiza-se na coluna I o percentual de CA efetivamente concedido e toma-se o respectivo fator para desconto na coluna II. O resultado da multiplicação do fator pela taxa média do grupo, calculado com base na tarifa mínima, será a taxa média do grupo com desconto regulamentar.

26.6 – Atualização das Taxas das Garantias Adicionais: as taxas previstas nestas Normas para as garantias adicionais de Indenização Especial e Invalidez Permanente Total ou Parcial, por acidentes, serão automaticamente atualizadas sempre que ocorrer mudanças nas respectivas taxas da Tarifa de Seguros Acidentes Pessoais do Brasil.

26.7 – Taxação Especial – (TE): Poderá ser concedida a grupos classe “A”, representa por descontos na taxa média tarifária (calculada com base nas taxas do item 26.1), desde que atendidas as seguintes condições:

- a) o grupo esteja segurado há 3 (três) anos ou mais, na mesma ou em mais de uma Seguradora;
- b) a média mensal de Segurados principais seja de, no mínimo, 1.000 (mil) Segurados, em cada um dos 3 (três) últimos anos do seguro;
- c) a sinistralidade em cada um dos últimos 3 (três) anos seja de, no máximo, 45% (quarenta e cinco por cento) e sua média no mesmo período não ultrapasse 40% (quarenta por cento).

26.7.1 – A TE terá validade anual e o desconto incidirá sempre sobre a taxa média tarifária.

26.7.2 – O desconto na taxa média não poderá ser superior a 35% (trinta e cinco por cento).

26.7.3 – Observada a restrição anterior, o desconto (D) será calculado pela fórmula: $D = 45 - S$, onde S a média dos percentuais de sinistro/prêmio dos últimos 3 (três) anos.

26.7.4 – O percentual de sinistro/prêmio (S/P) será dado pela fórmula: $S/P = (S \div P) \times 100$, onde S = total de sinistros pagos mais o total de sinistros avisados até a data da apuração, referentes a todas as garantias da apólice e P = total de prêmios recebidos, também referentes a todas as garantias da apólice. S e P serão expressos em ORTN, conforme definido adiante.

26.7.5 – Para efeito de cálculo da sinistralidade, os prêmios e os sinistros serão convertidos em ORTN das datas de recebimento e pagamento, respectivamente; os sinistros avisados serão convertidos na data do cálculo e pelo seu valor naquela data.

26.7.6 – Nos casos de renovação da TE, o prêmio a ser computado para efeito do cálculo do percentual de sinistro/prêmio, referente aos anos em que tenha vigorado a TE, será calculado pela taxa média tarifária e não o prêmio efetivamente recebido.

26.7.7 – O percentual de sinistro/prêmio será calculado com base no regime de competência.

26.7.8 – A TE somente poderá ser concedida ou renovada após sua aprovação pela SUSEP.

26.7.9 – Não obstante o disposto no subitem anterior, a Seguradora poderá conceder ou renovar a TE automaticamente, desde que aceite, tacitamente, as seguintes condições:

- a) a concessão da TE deve ser comunicada à SUSEP, mediante protocolo, até a data de sua efetiva aplicação;
- b) da comunicação à SUSEP deve constar o demonstrativo, por ano, do percentual de sinistro/prêmio, a folha de cálculo da taxa média e cópia do respectivo endosso à apólice;
- c) constatada qualquer irregularidade na concessão da TE, independente das sanções cabíveis, a Seguradora ficará impedida, por 1 (um) ano, de conceder TE ao respectivo grupo segurado;
- d) apuradas as responsabilidades em processo administrativo, se o Estipulante também for responsável pelas irregularidades, o grupo a ele vinculado perderá o direito à TE por 1 (um) ano, em qualquer Seguradora;
- e) em caso de reincidência, , específica ou não, o prazo de suspensão da TE, previsto nas letras “c” e “d” será de 2 (dois) anos;
- f) em caso de sucessivas irregularidades cometidas pela Seguradora a SUSEP poderá suspender a aplicação deste subitem à Seguradora, sem prejuízo das sanções cabíveis, enquadrando-se a mesma unicamente no disposto no subitem 26.7.8;
- g) do endosso a ser encaminhado à SUSEP deverá constar que a TE é concedida nos termos deste subitem, nele mencionando-se a penalidade ao Estipulante, o qual deverá firmar o endosso, concordando com a concessão da TE nos termos deste subitem.

26.7.10 – O pedido de aprovação para a concessão ou renovação da TE deverá ser acompanhado dos documentos relacionados na letra “b” do subitem anterior.

26.7.11 – As Seguradoras ficam obrigadas a fornecer umas às outras os dados necessários à concessão da TE.

26.7.12 – Poderá ser concedida a TE em bases diferentes destas, após aprovação pela SUSEP, ao grupo que justifique ter tratamento tarifário diferente daquele previsto nestas Normas, em função de suas características especiais, tais como sinistralidade e composição etária estável, desde que seja Segurado há 5 (cinco) anos ou mais e apresente dados estatísticos confiáveis a respeito de sua experiência no seguro.

26.7.13 – As taxas das coberturas adicionais, cuja sinistralidade for igual ou inferior à da apólice, poderão ser beneficiadas com desconto máximo idêntico ao da taxa média da cobertura básica, com exceção da garantia hospitalar-operatória.

26.7.14 – Mesmo quando o grupo segurado for transferido para outra Seguradora, poderá ser renovada a TE ou autorizada a sua renovação pela SUSEP.

27. Início de Vigência do Risco Individual

A cobertura de cada Segurado terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio ou de sua 1ª (primeira) parcela mensal.

27.1 – Quando o prêmio for pago por desconto em folha, será consignada na apólice a data mensal em que são pagos os salários dos Segurados e em que o prêmio será descontado. Neste caso, o risco individual terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do dia consignado na apólice, ainda que, por qualquer motivo, os salários dos Segurados não sejam pagos na data fixada.

28. Cobrança e Recolhimento dos Prêmios

Nos seguros a que se referem estas Normas, os prêmios serão cobrados dos Segurados através de:

- a) carnês;
- b) débito em conta bancária;
- c) desconto ou consignação em folha; ou
- d) outras formas admissíveis de cobrança, aprovadas pela SUSEP.

28.1 – Os prêmios cobrados serão creditados em conta corrente da Seguradora.

28.2 - A Seguradora poderá delegar ao Estipulante sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios sob as formas previstas nas letras “a”, “b” e “d” deste item, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e notas de seguros emitidas pela(s) Seguradora(s) e apresentadas através da rede bancária.

28.2.1 – Havendo a delegação ao Estipulante, aplica-se o disposto no subitem 25.6.1.

28.3 – É terminantemente proibido ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar ao documento utilizado na cobrança do prêmio (carnê, contracheque, etc.) o valor do prêmio de cada Segurado.

28.3.1 – Não se enquadra na exigência do subitem 28.3 o acréscimo no prêmio permitido pela Resolução CNSP nº 2/85, quando autorizado pela SUSEP.

28.3.2 - Fica vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de Seguro Vida em Grupo.

28.4 - 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.

28.5 – Quando o prêmio for cobrado nas formas previstas nas letras “a”, “b” e “d” deste item, o não pagamento do prêmio à Seguradora, até o vencimento, ensejará a suspensão automática da cobertura do risco individual; neste caso a Seguradora fixará nas condições gerais da apólice o prazo para reabilitação e cancelamento do seguro.

28.6 – Quando a forma de cobrança do prêmio for 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.

28.6.1 – Quando, por qualquer motivo, o prêmio não for descontado pelo empregador, não tendo sido o Segurado excluído do seguro, conforme os casos previstos na apólice, não ficará ele prejudicado no direito à cobertura do seguro, devendo o Estipulante, na primeira oportunidade, descontar do Segurado o prêmio em atraso e recolhê-lo à Seguradora.

28.7 – Na forma ainda de cobrança de prêmio mediante desconto ou consignação em folha, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, os prêmios pagos deverão ser recolhidos pelo empregador, à Seguradora, através da rede bancária, mediante fatura e nota de seguro por ela apresentada.

28.7.1 – Ocorrendo o previsto no subitem 28.6, o empregador poderá receber a comissão de administração sobre os prêmios por ele arrecadados, sendo esta deduzida da comissão de administração devida ao Estipulante.

28.8 – A Seguradora providenciará para que cada Segurado receba o seu carnê de pagamento até o vencimento da última parcela do carnê anterior.

28.8.1 – Caso não tenha havido o cancelamento da apólice, o Segurado que não tiver recebido o novo carnê no prazo estabelecido no subitem 28.8, deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro mediante depósito na conta da Seguradora ou através de

ordem de pagamento tomada na rede bancária, a favor daquela, com indicação do número da apólice e de seu certificado individual.

28.9 – A Seguradora fixará na apólice o prazo até o qual o Estipulante deverá encaminhar-lhe as informações referentes ao seguro, não podendo este prazo exceder a 15 (quinze) dias do encerramento do período mensal do seguro.

28.9.1 – Recebidas as informações a Seguradora, no prazo máximo de 10 (dez) dias, emitirá a fatura e a nota de seguros respectiva, para pagamento em 5 (cinco) dias.

29. Cláusula de Pagamento do Prêmio

Na elaboração da Cláusula de Pagamento do Prêmio, a Seguradora levará em conta o disposto no item 27 e nos subitens 28.4 a 28.6.1 e 28.9.1, devendo nela incluir, obrigatoriamente, o contido nos subitens 22.1 e 28.3.

30. Conjugação com Outros Seguros

30.1 – Conjugação com o Seguro Acidentes Pessoais Coletivos – APC: este seguro poderá ser conjugado como o de Acidentes Pessoais Coletivos – APC, adotando-se cartão-proposta e certificado individual únicos para ambos os seguros.

30.1.1 – Quando houver a conjugação ora permitida, ambas as apólices terão o mesmo vencimento e a mesma duração, aplicando-se à de APC os itens 20, 21 e 22; neste caso, aplica-se também ao Seguro APC todas as normas do Seguro Vida em Grupo que não conflitarem com as daquele Seguro.

30.2 – Conjugação como o Seguro de Reembolso: o Seguro Individual de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar poderá ser conjugado com o Seguro VG e/ou APC, fundindo-se a proposta daquele seguro com o cartão-proposta do Seguro VG e/ou APC e a apólice com o certificado individual, desde que ao cartão-proposta e ao certificado seja anexado o texto integral das condições gerais da apólice do Seguro de Reembolso.

30.2.1 – A conjugação do Seguro VG e/ou APC com Seguro Grupal de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar somente poderá ser feita nos grupos classe “A”.

30.2.2 – As Seguradoras que já possuam planos individual ou grupal do Seguro de Reembolso aprovados, submeterão à aprovação da SUSEP o cartão-proposta, o certificado individual e as condições em que se fará a conjugação, nos termos dos subitens 44.4 a 44.4.2 e 44.4.3.

30.3 – Conjugação com os Demais Seguros: este seguro poderá ser conjugado, ainda, com outros seguros, nos termos da Resolução CNSP nº 13/81.

31. Sinistros – Atualização da Importância Segurada e/ou da Indenização

31.1 – Caso de Morte: a indenização referente ao Segurado falecido corresponderá à importância segurada atualizada como se ele continuasse incluído na apólice, até a data em que for apresentada a certidão de inquérito policial, no caso de morte acidental, e/ou até a data em que for apresentado o alvará judicial, quando este for exigido para o pagamento da indenização.

31.2 – Caso de Invalidez: quando na apólice estiverem incluídas a garantia prevista nos itens 9.2 e/ou 9.3, o Segurado que se acidentar ou ficar doente e sobre o qual haja expectativa de que se torne inválido, terá direito à atualização da respectiva importância segurada, como se participasse normalmente da apólice, até a data em que puder apresentar os documentos comprovantes de sua invalidez.

31.3 – Se a apólice vier a ser cancelada ou não renovada, a importância segurada será atualizada, semestralmente, a partir da data do cancelamento da apólice, com base no índice de variação das ORTN, até a data da entrega dos documentos mencionados nos subitens 31.1 e 31.2.

32. Pagamentos em Cheque

Os pagamentos das indenizações à vista e os decorrentes da devolução de prêmio ou participação nos lucros da apólice, devidos aos beneficiários ou ao próprio Segurado, serão obrigatoriamente efetuados através de cheque nominativo de emissão da Seguradora, ou ordem de pagamento, em nome dos mesmos, para agência bancária situada em seu domicílio, ou no mais próximo, quando não existir agência bancária no domicílio do Segurado ou do beneficiário.

33. Pagamento Parcelado da Indenização

As indenizações por morte ou invalidez poderão ser pagas total ou parcialmente, sob a forma de renda mensal, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, no cartão-proposta, podendo a opção vir a ser feita, posteriormente, pelo Segurado ou pelo beneficiário, desde que por escrito.

33.1 – A opção de conversão da indenização em uma renda mensal, temporária ou vitalícia, somente poderá ser feita quando o valor da renda, na data da opção, não seja inferior a 1 (um) MVR; se, por ocasião do pagamento da indenização, o seu valor for inferior a este limite, o plano de renda pelo qual o Segurado houver optado será modificado, de modo a que o valor da renda não seja inferior a 1 (um) MVR, podendo, com este fim, a renda vitalícia ser transformada em temporária.

33.2 – A renda será corrigida, a partir de sua concessão, na mesma periodicidade que vigorar para os reajustes do salário mínimo, com base nos índices da variação das ORTN.

33.3 – Na elaboração do plano de conversão da indenização em renda, poderão ser adotadas as modalidades de renda certa, renda aleatória, ou ambas conjuntamente (renda mista).

33.3.1 – As disposições dos subitens 33.1 e 33.2 constarão das condições de opção e do plano de renda.

33.4 – A Seguradora somente poderá oferecer planos de conversão da indenização em renda após a sua aprovação pela SUSEP.

34. Propaganda e Material Promocional

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, somente poderá ser feita com autorização e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas deste seguro, ficando a Seguradora responsável pelas informações contidas nas divulgações feitas pelo Estipulante e por ela autorizadas.

34.1 – O disposto neste item constará como condição da apólice.

35. Riscos de Guerra e Extraordinários

- A divulgar.

36. Deficientes Visuais

As pessoas portadoras de deficiência visual congênita, ou adquirida há mais de 2 (dois) anos, contados da comprovada irrecuperabilidade da visão, deverão ser selecionadas para Seguro de Vida em Grupo com base nos mesmos padrões aplicados aos demais candidatos, adotados os indispensáveis procedimentos destinados a conferir garantias legais suficientes aos seguros contratados.

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

37. Acesso da SUSEP ao Estipulante

Nos casos em que a SUSEP tiver a necessidade de dirimir dúvidas ou esclarecer aspectos ou circunstâncias com relação ao seguro e à sua contratação e administração pelo Estipulante, este deverá permitir aos representantes desta Superintendência livre acesso às suas dependências, seus registros e controles, com vista aos esclarecimentos necessários, devendo esta disposição constar expressamente da apólice.

38. Inadimplementos do Estipulante – Cadastro

Observado o disposto no subitem 22.1.1, no caso de cancelamento ou de não renovação de qualquer apólice, por iniciativa da Seguradora, com fundamento em descumprimento de obrigações, por parte do Estipulante, tal fato deverá ser comunicado, pela Seguradora, à SUSEP, para efeito de ser constituído cadastro relativo a entidades, dirigentes e administradores inadimplentes e impontuais, cabendo ainda à Seguradora,

através de publicação na imprensa, ou de outro qualquer meio ao seu alcance, dar conhecimento aos componentes do grupo Segurado das razões da providência tomada.

39. Grupo Aberto na Classe “A”

A apólice de grupo aberto que congregar, exclusivamente, grupos de empregados de firmas ou empresas poderá ser enquadrada como uma apólice de grupo classe “A”, desde que atendidas as seguintes condições:

- a) possuir média mensal mínima de 1.000 (mil) Segurados principais;
- b) índice integral de adesão nos grupos com 15 (quinze) ou menos vidas, admitindo-se as exclusões justificadas;
- c) atendimento do subitem 1.3.1, podendo a nota de seguros e a fatura ser substituídas, para os grupos pequenos, por um carnê de pagamento mensal do prêmio ou por débito em conta corrente da firma ou empresa.

40. Co-seguro

Fica permitido o co-seguro nas apólices deste seguro, admitindo-se a adoção de proposta mestra, cartão-proposta e certificado individual únicos e a emissão de apólice, fatura e respectiva nota de seguro únicas, para todas as Seguradoras que estiverem garantindo o seguro, desde que, dos mencionados documentos, à exceção da fatura e nota de seguros, constem os nomes e o percentual de cobertura de responsabilidade de cada Seguradora.

40.1 – Quando o mesmo plano de seguro de um grupo for garantido por mais de uma Seguradora, em co-seguro, porém mediante emissão de uma apólice por seguradora, os textos de todas as condições de todas as apólices devem ser unificados.

40.2 – Havendo o co-seguro, os prêmios deverão ser distribuídos entre as Seguradoras pela Líder, de acordo com as Normas para Liquidação de Prêmios de Co-seguros, aprovadas pela SUSEP.

41. Vigência Concomitante de Apólices

No decorrer da vigência da apólice, o Estipulante fica impedido de contratar novo seguro, para vigência concomitante com a(s) apólice(s) já em vigor, junto a outra(s) Seguradora(s), sem o expresse consentimento da(s) Seguradora(s) da apólice vigente; esta disposição deverá constar expressamente da apólice; em conseqüência, ficam as Seguradoras proibidas de emitir apólices que levem o Estipulante ao descumprimento deste item.

42. Corretor

O corretor do seguro não poderá ser substituído, nos seguros contributários, no decorrer do prazo de validade da apólice e nem durante os seus 3 (três) primeiros anos de vigência, a não ser com sua concordância.

42.1 – A eventual substituição do corretor lhe deve ser comunicada, por escrito, até 30 (trinta) dias antes do aniversário da apólice.

42.2 – Nos seguros não contributários, o corretor do seguro poderá ser substituído a pedido do Estipulante, em qualquer época, mediante aviso prévio escrito, com antecedência de 30 (trinta) dias.

43. Foro

Fica vedada a inclusão de foro de eleição ou especial nas condições da apólice do Seguro Vida em Grupo, devendo prevalecer, para a solução de questões referentes a este seguro, pela via judicial, o que dispuser a legislação vigente sobre a matéria.

44. Disposições Gerais e Transitórias

44.1 – As presentes Normas aplicar-se-ão, obrigatoriamente, às novas Apólice de Seguro Vida em Grupo, nas modalidades ora regulamentadas.

44.1.1 – Quando às apólices em vigor na data de início de vigência desta Circular, deverão elas ser adaptadas a estas Normas em seu 1º (primeiro) aniversário seguinte àquela data.

44.2 – As apólices que forem emitidas e renovadas, a partir da publicação desta Circular e antes de sua entrada em vigor, poderão adotar, desde já, as novas taxas mínimas ora aprovadas.

44.3 – Quando um grupo segurado, o qual for adotada taxa média, for transferido para outra Seguradora, será obrigatoriamente informada à SUSEP, acompanhada da respectiva folha de cálculo:

- a) pela Seguradora que perdeu o seguro a última taxa adotada para a cobertura básica;
- b) pela nova Seguradora a nova taxa a ser adotada para a mesma cobertura.

44.4 – As Seguradoras encaminharão à SUSEP, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, contados da data de publicação destas Normas no “ Diário Oficial” da União, os modelos de apólice, proposta e cartão-proposta, os novos textos das condições gerais e especiais e das cláusulas adicionais e suplementares adaptados às disposições ora aprovadas.

44.4.1 – Analisados os documentos recebidos de cada Seguradora, a SUSEP determinará as eventuais correções, com vistas ao resguardo dos interesses dos Segurados e do mercado de seguros e à perfeita adequação de tais documentos a estas Normas.

44.4.2 – Os modelos e os textos serão adotados pela Seguradora, independentemente de manifestação da SUSEP; a Seguradora acatará, no entanto, no prazo que for fixado, as determinações da SUSEP, com relação aos mesmos.

44.4.3 – As alterações exigidas pela SUSEP serão adotadas nas apólices já adaptadas a estas Normas, com relação às novas inclusões de Segurados; com relação aos

Segurados já incluídos, as alterações prevalecerão a partir do próximo aniversário da apólice, se não puderem prevalecer de imediato.

44.5 – A partir de 60 (sessenta) dias de vigência destas Normas, as apólices de seguro de grupos da classe "C", cuja emissão ou renovação não tenha sido autorizada pela SUSEP, somente poderão ser renovadas mediante prévia autorização da SUSEP.

44.5.1 – Qualquer apólice de grupos de classe "C" somente poderá emitida após autorização da SUSEP.

44.5.2 – Os pedidos de aprovação para emissão ou renovação de uma apólice devem ser apresentados com a antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do início de vigência ou da data de aniversário da apólice.