

CIRCULAR Nº 029 de 20 de dezembro de 1991

Aprova Normas para o Seguro de Acidentes Pessoais

O Superintendente da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), na forma do disposto no Art. 36, alínea "c", do Decreto-lei número 73, de 21 de novembro de 1966.

R E S O L V E :

1 - Aprovar Normas para o Seguro de Acidentes Pessoais, na forma do anexo, que integra esta Circular.

2 - Esta circular entrará em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, sendo porém facultada às Seguradoras, através de novos contratos, operar de acordo com estas normas antes daquele prazo.

3 - As normas estabelecidas na presente Circular se aplicam, no que couber, aos seguros contratados através de bilhetes, na forma do disposto na Resolução CNSP 04/81.

4 - Revogam-se as circulares SUSEP números 09/69, 12/69, 21/69, 04/70, 64/70, 27/71, 30/71, 45/71, 50/71, 25/73, 28/73, 41/73, 08/75, 40/75, 62/76, 15/78, 31/78, 10/79, 12/79, 69/80, 05/81, 13/81, 39/81, 48/81, 49/81, 59/81, 39/82, 41/83, 07/84, 43/84 e 11/87 e demais disposições em contrário.

CARLOS PLINIO DE CASTRO CASADO

SUPERINTENDENTE

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

NORMAS DE ACIDENTES PESSOAIS

OBJETO

Art. 1º - O seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou a seus beneficiários, caso aquele venha a sofrer um acidente pessoal, observadas as condições contratuais.

§ 1º - Considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do segurado ou torne necessário o tratamento médico.

§ 2º - Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrente de:

I - ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

II - escapamento acidental de gases e vapores;

III - seqüestros e tentativas de seqüestros; e

IV - alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

§ 3º - Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

I - as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

II - as Intercorrências ou complicações consequentes da realização exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

RISCOS EXCLUÍDOS

Art. 2º - Estão excluídas da cobertura do seguro:

I - os acidentes ocorridos em consequência:

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes.
- c) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios.
- d) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- e) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários 'a lei.

II - qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

III - o parto ou aborto e suas conseqüências;

IV - as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

V - o suicídio ou a tentativa de suicídio; e

VI - o choque anafilático e suas conseqüências.

GARANTIAS DO SEGURO

Art. 3º - As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais.

§ 1º - São garantias básicas:

I - MORTE;

II - INVALIDEZ PERMANENTE, assim compreendida a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

§ 2º - São garantias adicionais:

I - DESPESA MÉDICO - HOSPITALARES, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente.

II - DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

§ 3º - o seguro deve abranger pelo menos uma das garantias básicas.

Art. 4º - As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de pagar uma indenização por invalidez permanente, verifica-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Art. 5º - Após conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a seguinte tabela mínima:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INV. PERM.	DISCRIMINAÇÃO	% sobre importância segurada
T	Perda total da visão de ambos os olhos	100
O	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
T	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
A	Perda total do uso de ambas as mãos	100
L	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	

	vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total de uso de um dos membros superiores Perda total do uso de uma das mãos Fratura não consolidada de um dos úmeros Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares Anquilose total de um dos ombros Anquilose total de um dos cotovelos Anquilose total de um dos punhos Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano Perda total do uso da falange distal do polegar Perda total do uso de um dos dedos indicadores Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios Perda total do uso de um dos dedos anulares Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	70 60 50 30 25 25 20 25 18 9 15 12 9
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores Perda total do uso de um dos pés Fratura não consolidada de um fêmur Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros Fratura não consolidada da rótula Fratura não consolidada de um pé Aniquilose total de um dos joelhos Aniquilose total de um dos tornozelos Aniquilose total de um quadril Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé Amputação do 1º (primeiro) dedo Amputação de qualquer outro dedo Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo Encurtamento de um dos membros inferiores <ul style="list-style-type: none"> - de 5 (cinco) centímetros ou mais - de 4 (quatro) centímetros - de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	70 50 50 25 20 20 20 20 20 25 10 3 15 10 6

* Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.

§ 1º - Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

§ 2º - Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

§ 3º - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 4º - Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 5º - A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

§ 6º - A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. *(Parágrafo alterado pela Cir. 19/92)*

§ 7º - Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, devem ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurador e pela seguradora.

Art. 6º - Estão cobertas as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares incorridas a critério médico que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, observados os parágrafos abaixo:

§ 1º - Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

I - estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

II - aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

§ 2º - Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

§ 3º - A comprovação das despesas médico-hospitalares deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

§ 4º - As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora, quando da liquidação do sinistro.

§ 5º - Desde que preservada a livre escolha, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao segurado.

Art. 7º - Observado o limite contratual máximo de 360 (trezentos e sessenta), as diárias de incapacidade temporária são devidas a partir do 16º (décimo sexto) dia da caracterização da incapacidade.

Parágrafo único - Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

CAPITAIS SEGURADOS

Art. 8º - Estende-se como capital segurado a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função dos valores estabelecidos para cada garantia, vigentes na data do acidente.

§ 1º - A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente.

§ 2º - O capital segurado pela garantia adicional de despesas médico-hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não pode ser superior ao maior capital estabelecido para as garantias básicas.

§ 3º - O capital segurado de cada diária de incapacidade temporária não pode ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para as garantias básicas.

§ 4º - Os capitais segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Art. 9º - Os capitais segurados devem ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou outros fatores objetivos que dispuserem nas condições da apólice para fixação da escala de capitais. *(Inclusão de um novo artigo 9º e seus parágrafos pela Cir. 19/92, renumerando os demais)*

§ 1º - É assegurada aos aposentados e afastados do serviço ativo a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

§ 2º - O critério de atualização deve constar das Condições Especiais da apólice.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

FRANQUIAS

Art. 10 - É facultada a fixação de franquias para a garantia adicional de despesas médico-hospitalares, que devem ficar estabelecidas na apólice.

Parágrafo único - A fixação de franquias com redução da taxa mínima preventiva no art. 25 está condicionada à previa aprovação da SUSEP.

Art. 11 - A garantia de morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, de que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

§ 1º - Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado.

§ 2º - Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

SEGURO DE PESSOAS PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA *(Título alterado pela Cir. 19/92)*

Art. 12 - As propostas devem ressaltar o grau de invalidez preexistente, para efeito de limitar a responsabilidade da seguradora. *(Artigo alterado pela Cir. 19/92)*

Parágrafo único - A rejeição de proponente pela razão única de ser portador de deficiência configurará discriminação e será, por conseqüente, passível de punição nos termos da Lei. *(Parágrafo alterado pela Cir. 19/92)*

VIGÊNCIA DO SEGURO

Art. 13 - É de 1 (um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses e anos).

§ 1º - No caso de seguros plurianuais, o limite máximo permitido é de 5 (cinco) anos.

§ 2º - Sendo o prazo de vigência diferente de um ano, o prêmio a cobrar não pode ser inferior ao calculado na base pro-rata-temporis, obedecidos os critérios estabelecidos no art. 25.

CONTRATAÇÃO

Art. 14 - O seguro pode ser feito de duas formas:

I - Individual - Destinada a garantir uma única pessoa.

II - Coletiva - Destinada a garantir duas ou mais pessoas sob estipulação de uma pessoa física ou jurídica.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

Art. 15 - A contratação de qualquer seguro individual deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta assinada pelo proponente e pelo corretor.

Parágrafo único - A proposta e a apólice devem conter os seguintes elementos mínimos:

I - condições gerais e especiais do seguro;

II - indicação das garantias e respectivos capitais segurados e o critério de sua atualização monetária;

III - nome do corretor, nº de registro e percentual de corretagem;

IV - existência de quaisquer outros carregamentos e seus percentuais;

V - data de início e término de vigência do seguro;

VI - campo para indicação dos beneficiários; e

VII - indicação do grau de invalidez pré-existente.

Art. 16 - A contratação de qualquer seguro coletivo deve ser realizada mediante apresentação obrigatória de proposta assinada pelo estipulante e pelo corretor.

§ 1º - Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora.

§ 2º - A proposta e a apólice devem conter os seguintes elementos mínimos:

I - condições gerais e especiais do seguro;

II - indicação, para cada grupo de componentes segurados, dos capitais segurados de cada garantia e os critérios de sua fixação e respectiva atualização monetária;

III - nome do corretor, nº do registro e percentual de corretagem;

IV - existência de pro-labor e seu percentual;

V - existência de comissão de angariação e seu percentual;

VI - existência de quaisquer outros carregamentos e seus percentuais; e

VII - data de início e término de vigência do seguro e critério de início de vigência do risco individual.

§ 3º - O custeio do seguro coletivo pode ser:

I - Não contributário, em que os componentes não pagam prêmio; ou

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

II - Contributários, em que os componentes pagam prêmio, total ou parcialmente.

§ 4º - São seguráveis nos seguros coletivos:

I - componentes principais - aqueles que mantêm vínculo com o estipulante .

II - componentes dependentes - os cônjuges, os filhos, os pais, os irmãos e os demais assim considerados pela legislação do imposto de renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como componentes principais.

§ 5º - Não é extensiva aos componentes dependentes a garantia adicional de Diárias de Incapacidade Temporária.

§ 6º - A inclusão de componentes dependentes pode ser feita das seguintes formas:

I - automática - quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges e/ou filhos dos componentes principais considerados dependentes pela legislação do IR.

II - facultativa - quando, somente por autorização do componente principal, o seguro abranger quaisquer dos componentes dependentes conceituados na alínea b) do § 4º supra.

§ 7º - Equiparam-se aos cônjuges as companheiras dos componentes principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional.

§ 8º - Os componentes pertencentes a categorias profissionais, para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no seguro as companheiras, quando estas estiverem registradas de acordo com a regulamentação própria.

§ 9º - Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, considerando-se, na forma de inclusão automática, como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das garantias principais.

§ 10º - A inclusão dos componentes seguráveis é feita por adesão ao contrato coletivo, podendo ser exigido, para análise de aceitação, o preenchimento de

cartão-proposta ou outras exigências, como declaração pessoal ou prova de saúde. *(Parágrafo alterado pela Cir. 19/92)*

§ 11º - A cada componente incluído no seguro deve ser enviado um Certificado Individual, que deve conter os seguintes elementos mínimos:

I - data de início do seguro do componente principal e dos componentes dependentes; e

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

II - capitais segurados de cada garantia relativamente ao componente principal e aos componentes dependentes.

§ 12º - O Certificado Individual pode deixar de ser emitido por solicitação do estipulante, sendo, neste caso, compromisso deste transmitir os elementos mínimos mencionados no parágrafo anterior através de outros meios de comunicação (circulares internas, holleriths, etc.).

§ 13º - Sob exclusiva responsabilidade da seguradora esta pode delegar ao estipulante a emissão do Certificado Individual.

ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

Art. 17 - É facultado, por meio de endosso, alterar capitais segurados, bem como incluir ou excluir qualquer garantia, obedecido o disposto no art. 8º e § 2º do art. 12.

Parágrafo único - O seguro da apólice individual não pode ser substituído.

BENEFICIÁRIOS

Art. 18 - São as pessoas designadas pelo seguro, a quem deve ser paga a indenização em caso de morte.

Parágrafo único - A indenização por morte do dependente, no caso de inclusão automática, é devida ao componente principal.

Art. 19 - Nos seguros coletivos em que não for exigida a apresentação do cartão-proposta, deve ser incluída no certificado individual informação de que cada seguro, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os beneficiários do seguro.

INÍCIO DE COBERTURA DE CADA SEGURADO

Art. 20 - O critério para o início de vigência do risco individual deve ser estabelecido nas condições especiais, através de cláusula específica. *(Artigo alterado e supressão do parágrafo único pela Cir. 19/92)*

CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Art. 21 - A cobertura de cada seguro cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente a

caducidade do seguro, sem restituição dos prêmio, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro ou ainda para obter ou para majorar a indenização. *(Artigo alterado pela Cir. 19/92)*

Art. 22 - Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do componente principal cessa, ainda, nos seguros coletivos: *(Artigo alterado pela Cir. 19/92)*

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

I - com o desaparecimento do vínculo entre o componente e o estipulante; e

II - quando o componente solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

§ 1º - No caso do inciso I o componente pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança. *(Parágrafo alterado pela Cir. 19/92)*

§ 2º - Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada componente dependente cessa:

I - se o componente principal deixar o grupo segurado;

II - com a morte do componente principal;

III - no caso de cessação de condições de dependente; e

IV - A pedido do componente principal.

V - Com a inclusão do dependente no grupo segurável principal *(Inclusão do inciso pela Cir. 19/92)*

RENOVAÇÃO DA APÓLICE

Art. 23 - É feita automaticamente ao fim de cada período de vigência do contrato, salvo se a seguradora, o estipulante (seguros coletivos) ou o segurado (seguros individuais), comunicar o desinteresse pela mesma, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias.

Parágrafo único - A automaticidade não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova proposta.

Art. 24 - O não pagamento do prêmio por parte do segurado (seguros individuais) ou estipulante (seguros coletivos) nos prazos estipulados no contrato enseja o cancelamento da apólice ou certificado, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

§ 1º - No caso de pagamento do prêmio fora dos prazos estipulados no contrato qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

§ 2º - Quando houver parcelamento do prêmio, a seguradora pode admitir cláusula contratual permitindo a reabilitação da apólice ou certificado, o que se dará a partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, respondendo sempre por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data.

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

§ 3º - O pagamento dos prêmios vencidos nestas circunstâncias deve ser efetuado com atualização monetária e juros legais, sendo facultado às seguradoras estabelecer multa contratual.

§ 4º - Entretanto, nos seguros coletivos contributários, se o estipulante deixar de recolher à seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não podem ser prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

Art. 25 - O seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

Art. 26 - Os prêmios devem ser calculados pela aplicação das seguintes anuais puras mínimas:

GARANTIA	MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES	DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
TAXAS PURAS	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA GARANTIA			% SOBRE O PRODUTO DO Nº DE DIÁRIAS SEGURADAS POR SEU VALOR UNITÁRIO
	0,08*	0,05	3,00	0,70

* *A taxa pura da garantia morte foi altera pela Cir. 19/92*

§ 1º - Nos seguros coletivos, para cálculo dos prêmios com a inclusão de forma automática dos componentes dependentes, conforme previsto no inciso I, do § 6º do Art. 15 e desde que não se conheça o número exato de cônjuges filhos, devem ser adicionados os seguintes percentuais às taxas anuais puras mínimas acima, aplicados aos capitais segurados dos componentes dependentes e observados o § 5º do Art. 15

- 60% quando o grupo abranger apenas os cônjuges ou apenas os filhos.

- 120% quando o grupo abranger os cônjuges e os filhos.

§ 2º - Devem ser estabelecidas despesas administrativas e de comercialização, a critério da seguradora.

§ 3º - A contratação de seguro sem obediência às base-técnicas aqui estabelecidas constitui infração tarifária, sujeita às sanções cabíveis.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

CARREGAMENTOS

Art. 27 - Podem ser estabelecidos carregamentos conforme abaixo.

I - Comissão de Corretagem, fixada em determinada percentagem sobre o prêmio líquido.

II - Comissão de Angariação, fixada em determinada percentagem sobre o primeiro prêmio individual dos seguros coletivos.

III - Pró-labore, fixado em determinada percentagem sobre o prêmio líquido, concedível ao estipulante dos seguros coletivos ou a quem por ele indicado para administrar o seguro.

IV - Outros carregamentos desde que estejam dimensionados na composição do prêmio comercial.

Parágrafo único - quando a cobrança de prêmios dos seguros coletivos for efetuada através de desconto ou consignação em folha, não sendo o empregador o estipulante do seguro, poderá aquele receber o pró-labore, sendo este deduzido da parcela devida ao estipulante.

TARIFAÇÃO ESPECIAL

Art. 28 - Pode ser concedida tarificação especial (TE) para apólices contratadas de forma coletiva sob estipulação de pessoas jurídicas.

§ 1º - A TE é obtida através de desconto (D) aplicável às taxas puras anuais mínimas (tp) previstas no artigo 25

§ 2º - Para obtenção da TE o grupo em estudo deve apresentar as seguintes características:

I - experiência mínima de 4 (quatro) anos; e

II - sinistralidade (S/P) não superior a 70% (setenta por cento), apurada com base em 36 (trinta e seis) meses consecutivos, compreendidos entre os últimos 42 (quarenta e dois) meses.

§ 3º - Os descontos máximos a conceder são obtidos pelas fórmulas:

I - Para grupos com mais de 1000 (mil) segurados

$$D = 1 - (S / P) - 1,645 \cdot \sqrt{\frac{[1 - (S / P) \cdot te] \cdot S / P}{N \cdot tp}}$$

* *Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

II - Para grupos com menos de 1000 (mil) segurados

$$D = \frac{N}{1000} - \left[1 - (S / P) - 1,645 \cdot \sqrt{\frac{[1 - (S / P) \cdot te] \cdot S / P}{N \cdot tp}} \right]$$

onde:

D = desconto máximo a conceder, observado o § 5º;

(S / P) = total de sinistros (pagos e avisados) , sobre o total de prêmios puros anuais do período de competência considerado; esse indicador deve ser calculado considerando-se todas as garantias, observado o inciso II do § 2º;

tp = taxas anuais puras mínimas previstas no artigo 25, consideradas todas as garantias;

N = número de segurados existentes no grupo ao qual deve ser aplicada a TE.

§ 4º - No cálculo da sinistralidade (S/P) os prêmios puros devem ser calculados em função das taxas anuais puras mínimas (tp) previstas no artigo 25, não sendo levados em conta os prêmios puros efetivamente cobrados no período observado.

§ 5º - Se o cálculo do desconto (D), conforme o § 3º conduzir a percentuais superiores a 60% (sessenta por cento), o desconto estará limitado a este valor, para grupos de mais de mil segurados e, no caso de grupos menores, ao percentual obtido pela seguinte fórmula:

$$\frac{N}{1000} \times 0,60, \text{ sendo } N \text{ definido no } \S 3^\circ.$$

§ 6º - O prazo máximo de validade do desconto (D) estabelecido neste artigo é de 1 (um) ano.

§ 7º - A concessão da TE não fica prejudicada, observados os critérios previstos, se houver transferência do grupo para outra seguradora, devendo a antiga detentora do seguro fornecer as informações pertinentes.

FRACIONAMENTO DOS PRÊMIOS

Art. 29 - Os prêmios dos seguros podem ser fracionados em parcelas de períodos iguais e sucessivos.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

RISCOS INDIVIDUAIS ESPECIAIS

Art. 30 - É permitida a ampliação ou extensão de cobertura a riscos de acidentes pessoais excluídos e/ou não previstos nestas normas, mediante cobrança adicional de prêmio.

Parágrafo único - Havendo excedente ressegurável a concessão da cobertura é condicionada à aceitação prévia do IRB.

PLANOS COLETIVOS ESPECIAIS

Art. 31 - É facultada a contratação de planos coletivos elaborados com amplitude ou extensão de cobertura e/ou de seguros de acidentes pessoais diferentes dos previstos nestas normas, devendo a seguradora observar os critérios estabelecidos no art. 25 e § 2º do art. 12.

RESPONSABILIDADE PELOS CÁLCULOS

Art. 32 - Nas folhas de cálculo ou de recálculo dos seguros especiais previstos nos arts. 29 e 30, bem como dos seguros taxados pelos critérios estabelecidos no Art. 27 e os que prevêm franquias (Art. 9º), devem constar, obrigatoriamente, as assinaturas de um diretor e do atuário responsável com a indicação do número de seu registro no Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.

§ 1º - É de inteira responsabilidade da seguradora e do respectivo atuário o acompanhamento dos parâmetros adotados durante toda a vigência da apólice.

§ 2º - A seguradora deve manter, em seus arquivos, devidamente classificadas, as folhas de cálculo ou de recálculo à disposição da SUSEP, por prazo de 5 (cinco) anos.

§ 3º - Em caso de catástrofe envolvendo segurados cobertos através de planos elaborados segundo a faculdade concedida através do art. 30, o IRB pode ouvir parecer da SUSEP e recusar a participação no Consórcio Ressegurador de Catástrofe Acidentes Pessoais, se tiver havido grave transgressão às disposições e exigências destas normas.

§ 4º - Sempre que necessária será solicitada ao Instituto Brasileiro de Atuária (IBA) a apuração da responsabilidade do atuário por quaisquer inadequações verificadas na fixação das taxas.

COBRANÇA DOS PRÊMIOS

Art. 33 - Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

Parágrafo único - Entretanto, se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

Art. 34 - Quando a forma de cobrança do prêmio dos seguros coletivos for o desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente pode interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do segurado.

Art. 35 - Na cobrança do prêmio mediante carnê, a seguradora deve providenciar para que o segurado receba o novo carnê de pagamento até 30 dias antes de sua primeira parcela.

§ 1º - Caso o segurado não perceba o novo carnê até o prazo supra (e desde que não tenha havido cancelamento da apólice) é seu direito efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

§ 2º - Devem constar dos carnês dados que identifiquem a seguradora, o segurado e as características do seguro, bem como números da agência e conta onde devam ser depositados os pagamentos em caso de atraso na recepção do carnê e respectivo favorecido (seguradora ou estipulante), além de outros dados que a seguradora julgar conveniente.

§ 3º - Devem constar, ainda, na capa ou sobrecapa do carnê, indicação dos bancos recebedores, além de informações de como deve o segurado proceder nos casos previstos no § 1º deste artigo e de que o não pagamento do prêmio até o respectivo vencimento, ensejará o cancelamento da cobertura do risco individual. *(Parágrafo alterado pela Cir. 19/92)*

§ 4º - Sob sua exclusiva responsabilidade, a seguradora pode delegar ao estipulante a confecção e emissão do carnê.

Art. 36 - A seguradora pode delegar ao estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela seguradora e apresentadas através da rede bancária.

Art. 37 - Nos seguros coletivos é vedado ao estipulante recolher dos segurados, a títulos de prêmio do seguro, a qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido; caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada segurado.

Parágrafo único - Fica vedada a cobrança ao segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*

CLÁUSULA DE PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

Art. 38 - Na elaboração da Cláusula de Pagamento dos Prêmios, a seguradora deve levar em conta o disposto no parágrafo único do art. 19, devendo incluir, obrigatoriamente, nos seguros coletivos, o contido no § 4º do art. 23, no art. 33 e no art. 36 e seu parágrafo único.

TRANSFORMAÇÃO DE INDENIZAÇÃO EM RENDA

Art. 39 - As indenizações por morte ou invalidez total podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, desde que tenha havido opção expressa do segurado neste sentido, devendo as partes estabelecerem, em contrato, o valor da renda mínima inicial.

Parágrafo único - O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se juros reais de 6% (seis por cento) ao ano da Tabela Price e atualizado monetariamente de acordo com as normas em vigor.

MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

Art. 40 - Nos seguros coletivos a propaganda e a promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradoras, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Parágrafo único - Estas disposições devem constar como condição da apólice.

DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 41 - As condições gerais e as cláusulas adicionais deve ser compatibilizadas com as disposições desta circular (*Artigo alterado pela Cir. 09/92*)

Art. 42 - As disposições das presentes normas devem ser aplicadas de imediato às apólices que forem renovadas ou emitidas a partir da vigência desta circular.

** Este texto não substitui o publicado no DOU de 08/01/1992.*