SUSEP

GUIA DE ORIENTAÇÃO E DEFESA do consumidor

Informe-se. Proteja-se melhor!

versão completa digital

SUSEP

GUIA DE ORIENTAÇÃO E DEFESA do consumidor

Informe-se. **Proteja-se melhor!**

DOS MERCADOS DE SEGUROS, PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR ABERTA E CAPITALIZAÇÃO

1ª EDIÇÃO, 2017

www.susep.gov.br

SUSEP
Superintendência de Seguros Privados

© Superintendência de Seguros Privados - **SUSEP** 2017

FICHA CATALOGRÁFICA DA PUBLICAÇÃO

S959g Susep: Guia de Orientação e Defesa do Consumidor dos Mercados de Seguros, Previdência Complementar Aberta e Capitalização. / Superintendência de Seguros Privados – 1ª edição – Rio de Janeiro: SUSEP, 2017. – 116p.; 30cm.

1. Defesa do consumidor. 2. Segurado. 3. Seguro privado. 4. Previdência complementar aberta. 5. Capitalização. I. Título.

CDD 368

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

2017
Direitos desta edição reservados à
Superintendência de Seguros Privados - SUSEP
www.susep.gov.br
Sede: Av. Presidente Vargas, 730 - Rio de Janeiro, RJ - CEP: 20.071-900
Atendimento ao público, ligue **0800-021-8484** das 9:30 às 17:00.

Sumário

Mensagem da SUSEP 5

Apresentação 6

Informações importantes 7/9

Reclamações à SUSEP 10/11

Seguro 12/21

Seguro de Automóvel 22/27

Seguro Residencial 28/31

Seguro DPVAT 32/38

Seguro Garantia Estendida 39/44

Seguro de Pessoas 45/53

Seguro Habitacional 54/59

Previdência Complementar Aberta 60/69

Planos VGBL e PGBL 70/75

Assistência Financeira 76/79

Microsseguros 80/93

Capitalização 94/108

Normas Básicas 109/ 114

Mensagem da SUSEP

Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 2017.

Prezado Cidadão

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP tem como missão desenvolver os mercados supervisionados, assegurando sua estabilidade e os direitos do consumidor.

É justamente com o pensamento nessa missão, que a SUSEP edita este Guia. A SUSEP entende que os mercados por ela supervisionados somente serão efetivamente desenvolvidos se houver verdadeira inclusão e caso as empresas e profissionais oferecerem serviços de qualidade, com o pleno respeito aos direitos dos consumidores.

Nós, da SUSEP, acreditamos que o acesso à informação é um instrumento de grande importância para o consumidor. A informação lhe dá poder. Poder que o ajuda a tomar decisões mais conscientes, proteger-se de eventuais prejuízos e lutar por seus direitos.

Além disso, ao divulgar informações úteis, este Guia de Orientação busca despertar o interesse do cidadão para um aspecto fundamental da vida de todos nós: o futuro. É isso: o negócio da SUSEP é o futuro do patrimônio (seguro de bens e capitalização) e do bem-estar das famílias (seguro de pessoas e previdência complementar aberta).

O primeiro passo é identificar suas necessidades, depois conhecer as empresas e seus diversos produtos, para escolher as melhores alternativas.

Apresentação

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, autarquia federal vinculada ao Ministério da Fazenda, foi criada pelo Decreto-Lei Nº 73, de 21 de novembro de 1966, para fiscalizar as operações de seguros e planos de capitalização. Hoje, além destas duas importantes atividades do dia a dia do cidadão, a SUSEP supervisiona também os planos de previdência complementar aberta, ou seja, aqueles dos quais qualquer pessoa pode participar, independentemente da profissão ou do lugar onde trabalhe. A SUSEP ainda é responsável pela fiscalização das operações de cosseguro, resseguro e retrocessão, conforme definido na Lei Complementar Nº 126/2007, que alterou o Decreto-Lei Nº 73/1966.

Esses mercados supervisionados pela SUSEP, sendo muito importantes na vida das pessoas, tornam-se, por esse mesmo motivo, fundamentais para a economia do nosso País: seja porque geram empregos e renda, seja porque garantem o patrimônio, o futuro e o bem-estar das famílias.

Informações Importantes

1. Consulte o cadastro do corretor e confira se está ativo.

ACESSE
WWW
susep.gov.br

1 SERVIÇOS AO CIDADÃO

CONSULTA AO CADASTRO DE CORRETORES DE SEGUROS 2

2. O corretor de seguros é a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP para intermediar e promover a comercialização de contratos de seguro, representando o segurado junto às seguradoras.

3. Verifique se a seguradora é registrada. Não contrate com empresas sem registro!

ACESSE
WWW
susep.gov.br

1 INFORMAÇÕES AO PÚBLICO

MERCADO SUPERVISIONADO 2

3 ENTIDADES SUPERVISIONADAS

4. Faça um levantamento antes de contratar qualquer plano. Mas atenção: compare sempre considerando o mesmo tipo de cobertura e o mesmo valor de capital segurado ou benefício, avaliando, também, a existência de período de carência e franquia. No caso de seguro de bens, faça, ainda, pesquisa para saber o valor de mercado do bem segurado.

5. Leia atentamente a proposta e as condições gerais do seguro, em especial as cláusulas referentes às garantias e aos respectivos riscos excluídos, ou o regulamento do plano de previdência. Se possível, leve o material para sua residência para que você possa conhecer o produto com o máximo de detalhes. Não tenha pressa. Este cuidado evitará transtornos e aborrecimentos no futuro.

6. Antes de firmar um contrato, especialmente se for um seguro de vida ou um plano de previdência, verifique se as características do produto estão adequadas às suas intenções e atendem às suas necessidades.

7. Não efetue pagamentos em dinheiro ou com cheques ao portador, nem forneça dados pessoais ou efetue pagamentos àqueles que o solicitarem, pessoalmente ou por telefone, alegando necessidade prévia para liberação de valores de indenizações ou benefícios.

8. Cada plano comercializado pelas seguradoras, entidade abertas de previdência complementar ou sociedades de capitalização, deve ser submetido à análise e ao arquivamento pela SUSEP, recebendo um número identificador denominado número do Processo SUSEP, que deve constar de todo o material do plano, como, por exemplo: material de divulgação, proposta de contratação ou adesão, condições gerais, certificado individual, extratos etc. Mas atenção: o registro do plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

9. A proposta de contratação ou de adesão deve ser totalmente preenchida e assinada. Caso haja declaração pessoal de saúde, questionário de perfil ou de avaliação de risco, responder a todas as perguntas de forma correta e completa, porque caso haja alguma declaração falsa, isto poderá acarretar a negativa de pagamento da indenização.

10. Verifique se a proposta contém os valores iniciais do prêmio e dos capitais segurados discriminados por cada tipo de cobertura contratada. Em planos de previdência, verifique o valor e o tempo de contribuição, além da forma de concessão do benefício.

11. As condições gerais do seguro e o regulamento do plano de previdência contêm uma série de informações importantes: glossário com as principais definições, período de carência, riscos excluídos, critério de atualização de valores, documentos necessários no caso de pagamento da indenização ou concessão de benefício etc. As condições do plano de seguro e o regulamento do plano de previdência devem estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta.

12. Verifique se os seus direitos estão sendo cumpridos pelas empresas, como o recebimento da apólice (seguros individuais) ou do certificado individual (seguros coletivos ou planos de previdência) e, se for o caso, de extratos periódicos.

Reclamações à SUSEP

1. Para formular reclamação à SUSEP, os consumidores ou seus beneficiários poderão utilizar nosso sítio eletrônico (http://www.susep.gov.br), o **Disque SUSEP - 0800 021 8484** ou **(21)3806-9801**, ou ainda recorrer a uma de nossas unidades de atendimento indicadas no final deste Guia (ver página 115).

2. A reclamação será transmitida à Ouvidoria da empresa reclamada, para que sejam prestados os devidos esclarecimentos ou apresentada a solução para o questionamento formulado.

3. Caso não haja atendimento satisfatório no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de encaminhamento da reclamação, o reclamante poderá requerer a abertura de processo administrativo, pessoalmente ou por carta, munido de cópia dos documentos comprobatórios relacionados ao teor da reclamação.

4. O processo de reclamação instaurado na SUSEP constitui procedimento administrativo para apuração de irregularidade cometida pela empresa. Dentro das competências da SUSEP, poderão ser aplicadas sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades. Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos ou para o cumprimento de outras obrigações, deverá ser acionado o Poder Judiciário.

5. Outros tipos de denúncias – como golpe, corretor e comercialização irregular – devem ser feitas por meio de requerimento formal, acompanhado da **documentação comprobatória**, e protocolado, pessoalmente ou por carta, em uma de **nossas unidades de atendimento**.

6. O ingresso de ação junto ao Poder Judiciário não suspende o curso do processo administrativo na esfera da SUSEP. A instauração de processo administrativo junto à SUSEP não suspende ou interrompe o prazo prescricional da respectiva ação judicial.

7. Consulte o Código Civil Brasileiro (**Lei Nº 10.406/02**) sobre os prazos prescricionais.

Entenda os Seguros

Glossário

Apólice: documento emitido pela empresa formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente (em planos individuais), ou pelo estipulante (em planos coletivos).

Avaria: dano causado ao bem segurado.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o segurado ou beneficiário é obrigado a fazer ao segurador assim que tenha dele conhecimento.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário e o segurado não são necessariamente a mesma pessoa.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Especiais: conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

Condições Particulares: conjunto de cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

Cosseguro: operação que consiste na repartição de um mesmo risco, de um mesmo segurado, entre duas ou mais seguradoras, que respondem, isoladamente, perante o segurado, pela parcela de responsabilidade que assumiram.

Emolumentos: Conjunto de despesas adicionais que a seguradora cobra do segurado, correspondente às parcelas de impostos e outros encargos a que está sujeito o contrato.

Endosso: documento que configura qualquer alteração no contrato, feito de comum acordo entre o segurado e a seguradora.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras.

Franquia: valor ou percentual expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.

Indenização: pagamento do prejuízo ao segurado ou beneficiário, em caso de sinistro coberto, dentro do limite contratado para a cobertura e de acordo com as condições da apólice.

Prêmio: valor que o segurado e/ou estipulante paga à seguradora para ter direito ao seguro.

Prêmio comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Proposta: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou

Glossário

jurídica, expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Resseguro: tipo de pulverização do risco em que o segurador transfere a um ressegurador parte do risco assumido. É um seguro do seguro.

Retrocessão: operação feita pelo ressegurador e que consiste na cessão de parte das responsabilidades por ele aceitas a um ou mais resseguradores. É o resseguro do ressegurador.

Risco: evento futuro e incerto, ou de data incerta, que independe da vontade das partes contratantes e cuja ocorrência pode provocar prejuízos que darão direito à indenização descrita na apólice.

Salvado: nos seguros de danos, é o objeto que se consegue resgatar de um sinistro e que ainda possui valor econômico.

Segurado: é a pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro, em seu benefício pessoal ou de terceiro. No caso dos seguros de pessoas, é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguro: contrato pelo qual uma das partes (o segurador) se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar a outra (o segurado) pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos previstos nas condições contratuais. O segurador e o segurado são obrigados a guardar, no contrato de seguro, a mais estrita boa-fé e veracidade a respeito do objeto segurado e das declarações a ele concernentes.

Sinistro: representa a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

SUSEP - Superintendência de Seguros Privados: órgão fiscalizador das operações de seguro, previdência complementar aberta, capitalização e resseguro.

As condições contratuais podem ser alteradas após a emissão da apólice?

Podem. Mas, como qualquer alteração contratual, dependerá de acordo entre as partes (segurado e seguradora). No caso de seguros coletivos, as alterações dependem da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado se houver ônus, dever ou redução dos direitos do segurado.

É importante lembrar que algumas disposições do contrato não podem ser alteradas - por exemplo, o prazo prescricional.

As condições contratuais podem restringir coberturas ou direitos do segurado?

Sim. Dessa forma, é importante que o segurado tenha conhecimento de seu conteúdo antes mesmo de "fechar" o seguro. Porém, tais restrições deverão ser apresentadas com destaque para facilitar a sua identificação.

O que se entende por perda de direito?

Trata-se da ocorrência de um fato que provoca a perda do direito do segurado à indenização, ainda que, a princípio, o sinistro seja oriundo de um risco coberto, ficando a seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente do contrato.

Ocorre a perda de direito se:

- O sinistro ocorrer por culpa grave ou dolo (quando o ato é praticado intencionalmente com o objetivo de obter vantagens ilícitas) do segurado ou beneficiário do seguro.
- A reclamação de indenização por sinistro for fraudulenta ou de má-fé.
- O segurado, corretor, beneficiários ou ainda seus representantes e prepostos fizerem declarações falsas ou, por qualquer meio, tentarem obter benefícios ilícitos do seguro.
- O segurado agravar intencionalmente o risco.

Além disso, se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

O que é prêmio do seguro?

É o valor que o segurado paga à seguradora pelo seguro para transferir a ela o risco previsto nas condições contratuais. Pagar o prêmio é uma das principais obrigações do segurado.

O que é proposta de seguro?

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete. A proposta deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Além disso, as condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta.

O que deve constar no bilhete de seguro?

Os bilhetes de seguro emitidos pelas sociedades seguradoras deverão conter, no mínimo, os seguintes elementos de caracterização do contrato:

- ☑ Ramo(s) de seguro, com o(s) respectivo(s) código(s), nos termos da legislação específica, do(s) plano(s) de seguro vinculado(s) ao bilhete.
- ☑ Nome completo da sociedade seguradora, seu CNPJ e o código de registro junto à SUSEP;
- ☑ Número(s) do(s) processo(s) administrativo(s) de registro junto à SUSEP do(s) plano(s) de seguro ao(s) qual(ais) se vincula o bilhete.
- ☑ Número de controle do bilhete.
- ☑ Data da emissão do bilhete.
- ☑ Nome ou razão social do segurado, seu endereço completo e respectivo CNPJ, se pessoa jurídica, ou CPF, se pessoa física.
- ☑ Identificação do(s) beneficiário(s), no caso de seguro de pessoas.
- ☑ Identificação do bem segurado, no caso de seguro de danos.
- ☑ Cobertura(s) contratada(s).
- ☑ Valor monetário do limite máximo de garantia ou do capital segurado de cada cobertura contratada.
- ☑ Riscos excluídos e/ou bens excluídos.
- ☑ Franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas.
- ☑ Período de vigência do bilhete de seguro, incluindo as datas de início e término da(s) cobertura(s) contratada(s).
- ☑ Valor a ser pago pelo segurado a título de prêmio, incluindo:

prêmio de seguro por cobertura contratada; valor do IOF, quando for o caso; e valor total a ser pago pelo segurado.

- ☑ Prazo e forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade.
- ☑ Prazos de tolerância e períodos de suspensão aplicáveis, se previstos.
- ☑ Documentação necessária ao recebimento da indenização para cada cobertura contratada.
- ☑ Prazo máximo para pagamento da indenização ou do capital segurado pela sociedade seguradora.
- ☑ Número de telefone da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do bilhete.
- ☑ Informação do *link* no portal da SUSEP no qual podem ser conferidas todas as informações sobre o(s) plano(s) de seguro ao(s) qual(is) se vincula(m) o bilhete contratado;
- ☑ Número de telefone gratuito de atendimento ao público da SUSEP;
- ☑ Chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora.
- ☑ Nome e número de registro na SUSEP do corretor (houver).

Toda e qualquer informação capaz de influenciar a decisão do consumidor ou que importe em restrição de direitos deverá constar obrigatoriamente no bilhete, sendo que sua disposição gráfica e a programação visual serão determinadas pelas sociedades seguradoras, observando-se que as cláusulas restritivas de direito devem estar em destaque, permitindo sua imediata e fácil compreensão.

Como é determinado o valor do prêmio do seguro?

O valor do prêmio será fixado pela seguradora a partir das informações que lhe foram envidas pelo segurado. As seguradoras estão liberadas para fixar seus prêmios e a forma de pagamento (se o prêmio será à vista ou parcelado), mas deverão encaminhar o documento de cobrança em até cinco dias úteis antes da data do respectivo vencimento.

Alguns seguros obrigatórios, como o DPVAT, têm prêmios fixados pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP.

O que acontece se houver atraso nos pagamentos dos prêmios?

O não pagamento do prêmio nas datas previstas poderá acarretar a suspensão ou até mesmo o cancelamento do seguro, prejudicando o direito à indenização, caso o sinistro ocorra após a data de suspensão ou cancelamento. As condições gerais, na cláusula "pagamento de prêmio", deverão informar em que hipóteses podem ocorrer a suspensão e/ou o cancelamento do contrato em razão da falta de pagamento de prêmio.

Caso o plano preveja multa por atraso no pagamento do prêmio, deverá ser informado nas condições gerais a sua forma de cálculo.

É extremamente importante manter todos os comprovantes de pagamento do prêmio para eventual reclamação de indenização.

Qual é o início de vigência do seguro?

No caso de seguro de propostas recepcionadas pela seguradora com adiantamento para futuro pagamento de prêmio, o contrato terá início de vigência a partir da data da recepção da proposta pela seguradora.

No caso de seguro em que a proposta foi recepcionada na seguradora sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra, se expressamente acordada entre segurado e seguradora.

A seguradora poderá recusar a proposta?

Sim. A sociedade seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se pronunciar quanto à proposta de seguro apresentada pelo segurado ou seu corretor, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. Encerrado este prazo, não tendo havido a recusa da seguradora, o seguro passa a ser considerado aceito.

Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

No caso de solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

No caso de recusa, a seguradora deverá comunicar formalmente ao segurado a não aceitação do seguro, justificando a recusa.

Como devo proceder em caso de sinistro?

O segurado ou beneficiário deverá avisar imediatamente a seguradora, preencher o formulário de aviso de sinistro e apresentar a documentação necessária definida nas condições gerais do seguro. É importante que o segurado mantenha consigo uma via do aviso de sinistro em que conste protocolo indicando a data de recebimento do aviso pela seguradora.

Serão também indenizáveis, até o limite máximo da indenização, os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar os bens cobertos.

O que é franquia?

É o valor ou percentual, expresso na apólice, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.

A franquia pode ser simples ou dedutível.

Franquia Simples - Pela cláusula de franquia simples, os sinistros, até determinado valor preestabelecido, são suportados integralmente pelo segurado. Porém, aqueles que excederem o limite contratual serão indenizados pelo seu valor total, sem qualquer participação do segurado.

Franquia Dedutível - É aquela cujo valor sempre é deduzido dos prejuízos. Esse tipo de franquia é mais utilizado. A contratação do sistema de franquia dedutível resulta, naturalmente, em redução de prêmio, pois os sinistros a cargo do segurador diminuem já que o segurado participa obrigatoriamente dos prejuízos.

Qual o prazo para receber a indenização?

A liquidação dos sinistros deverá ser feita num prazo não superior a 30 dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos apresentados pelo segurado ou beneficiário(s). Os procedimentos para liquidação de sinistros devem ser claramente informados nas condições contratuais, com especificação dos documentos básicos necessários a serem apresentados para cada tipo de cobertura.

A contagem do prazo poderá ser suspensa quando, no caso de dúvida fundada e justificável, forem solicitados novos documentos, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo segurado ou beneficiário.

É essencial que o segurado ou beneficiário solicite à sociedade seguradora o devido protocolo que identifique a data do recebimento do aviso de sinistro e os respectivos documentos.

O que é concorrência de apólices?

A cláusula de concorrência de apólices tem por objetivo, na ocorrência de sinistro em que os bens segurados estiverem garantidos, simultaneamente, por mais de uma apólice cobrindo o mesmo risco, resolver como cada apólice contribuirá para a indenização dos prejuízos.

Ressalta-se que a concorrência de apólices não é aplicada aos seguros de pessoas exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

É importante lembrar que o segurado que quiser fazer um novo contrato sobre os bens garantidos por outra apólice deverá comunicar sua intenção, previamente, a todas as seguradoras envolvidas, sob a pena de perda de direito.

O que é limite máximo de indenização?

Também chamado de importância segurada ou capital segurado, o limite máximo de indenização representa, para cada uma das coberturas contratadas pelo segurado, o valor máximo que esse poderá receber em caso de um sinistro amparado pela respectiva cobertura.

Posso cancelar a minha apólice durante a vigência do seguro?

Sim. O contrato poderá ser rescindido com a concordância de ambas as partes.

- **Para o Seguro de Danos (inclusive Seguro de Automóveis) -** Se a rescisão ocorrer a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta em seguida.

Se a rescisão ocorrer por iniciativa da seguradora, essa reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

- **Para o Seguro de Pessoas -** Quando adotado o fracionamento do prêmio, e se a rescisão ocorrer a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta em seguida.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice

Fração a ser aplicada sobre a vigência original

%	FRAÇÃO
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Além disso, haverá o cancelamento automático do seguro nos seguintes casos:

1. Por falta do pagamento único ou da primeira parcela do prêmio.
2. Quando ocorrer a indenização integral.
3. Para os seguros de danos, quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ultrapassar o limite máximo de indenização.

Obs.: O prêmio total é devido, mesmo havendo o cancelamento automático da apólice por indenização integral ou ultrapassar limite máximo de indenização.

Seguro de Automóvel

As coberturas oferecidas em um seguro de automóvel têm como objetivo atender às necessidades dos segurados diante da possibilidade de eles terem prejuízo em razão de danos causados acidentalmente pelo uso de seus veículos ou resultante de ação de terceiros. São seguráveis todos os veículos terrestres de propulsão a motor e seus reboques, desde que não andem sobre trilhos. O valor da importância segurada inscrito na apólice para cada cobertura representará o limite máximo de responsabilidade da seguradora.

Observe que, nesta seção do Guia, há tato as informações que vêm de normativos da SUSEP quanto os informes sobre práticas atuais do mercado, mas que não são estabelecidas pela SUSEP. Os principais normativos da SUSEP sobre esse assunto são: Circular SUSEP Nº 256/2004 e Circular SUSEP Nº 269/2004, que se preocupam em estabelecer apenas a estruturação mínima das condições contratuais de seguros de danos e de automóveis, sem entrar em detalhes da construção das apólices, das propostas; não fixam condições contratuais e não entram no mérito da tarifação.

Quais são as modalidades possíveis para o seguro de automóvel?

Valor de Mercado Referenciado (VMR) - modalidade que garante ao segurado, no caso de indenização integral, o pagamento de quantia variável, em moeda corrente nacional, determinada de acordo com a tabela de referência, expressamente indicada na proposta do seguro, conjugada com fator de ajuste, em percentual, a ser aplicado sobre o valor de cotação do veículo, na data da liquidação do sinistro.

A tabela de referência deverá ser estabelecida dentre aquelas divulgadas em revistas especializadas, jornais de grande circulação ou por meio eletrônico, desde que elaborada por instituição de notória competência.

Valor Determinado (VD) - modalidade que garante ao segurado, no caso de indenização integral, o pagamento de quantia fixa, em moeda corrente nacional, estipulada pelas partes no ato da contratação do seguro.

Obs. 1: O fator de ajuste será acordado entre segurado e seguradora, estando sujeito à política de aceitação de cada seguradora.

Obs. 2: As condições contratuais devem conter cláusula prevendo a utilização de uma tabela de referência substituta, estabelecida na proposta do seguro, que será aplicada em caso de extinção ou interrupção da publicação da tabela anteriormente adotada.

Obs. 3: A tabela de referência, a tabela substituta, o veículo de comunicação utilizado para fins de divulgação das tabelas e o fator de ajuste, em percentual, que serão utilizados na data da liquidação do sinistro, deverão constar expressamente da apólice, do bilhete ou do certificado de seguro.

O que é cobertura com base no "valor de novo"?

Para veículo zero quilometro, vigorará, por um prazo fixado não inferior a 90 (noventa) dias, contados a partir da data de entrega do veículo ao segurado, a cobertura com base no valor de novo.

Entende-se como "valor de novo" aquele do veículo zero quilômetro constante da tabela de referência na data de liquidação do sinistro. A seguradora deverá definir expressamente nas condições gerais os critérios para que essa cobertura seja válida.

Quais são os tipos de coberturas oferecidas?

Tradicionalmente, são oferecidas coberturas para perdas parciais ou indenizações integrais decorrentes de colisão, furto/roubo, incêndio, explosão e queda de raio, mas é possível que se ofereçam outras coberturas, tais como: capotagem, queda de objetos sobre o veículo, explosão, queda de raio, queda de granizo, submersão decorrente de enchentes etc. A cobertura compreensiva, em geral, abrange colisão, incêndio e roubo/furto.

Podem ser contratadas coberturas adicionais?

Sim. São coberturas contratadas por cláusulas especiais que integram a apólice. Algumas das coberturas mais comuns são: serviço de assistência 24horas (reboque ou socorro mecânico, chaveiro, motorista substituto, etc.), cobertura de vidros (reparo ou substituição), blindagem, acessórios (rádios, *CD players*, *DVD players*, televisores, etc.), carro reserva, kit gás, opcionais não originais de fábrica, danos morais.

A cobertura do seguro de automóvel pode, ainda, ser conjugada com cobertura de responsabilidade civil facultativa de veículos (RCF-V) e de acidentes pessoais para passageiros (APP).

- **Seguro RCF-V -** tem o propósito de reembolsar ao segurado as indenizações às quais ele esteja obrigado a pagar, judicial ou extrajudicialmente, em consequência de danos corporais e/ou materiais involuntários causados a terceiros, até o limite da importância segurada. A garantia concedida pelo RCF-V somente responderá pela parte da indenização que exceder os limites vigentes, na data do sinistro, para as coberturas de seguros obrigatórios como DPVAT e o Carta Verde.

A cobertura de RCF-V abrange danos corporais causados pelo veículo segurado a terceiros e danos materiais causados pelo veículo segurado a bens terceiros. Pode, ainda, ser oferecida a cobertura de danos morais.

- **Seguro de Acidentes Pessoais de Passageiros (APP) -** tem objetivo de indenizar passageiros que tenham sofrido acidente pessoal quando transportados em veículos de uso particular ou público.

Considera-se acidente pessoal o evento com data caracterizada, de origem externa, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial dos passageiros ou torne necessário o tratamento médico. A cobertura de despesas médico-hospitalares (DMH) pode ou não ser oferecida.

Quais são os prejuízos não indenizáveis?

São os prejuízos decorrentes dos riscos excluídos constantes das Condições Gerais do plano de seguro, bem como, nos casos de indenizações parciais, as avarias previamente constatadas pela seguradora em vistoria prévia.

Como é determinado o valor do prêmio de seguro?

O valor do prêmio tem como base o risco a que o bem segurado está exposto e será fixado pela seguradora a partir das informações que lhe foram enviadas sobre o automóvel e, em geral sobre o segurado e o condutor (questionário de avaliação de risco).

Qual é o início de vigência do seguro?

No caso de proposta feita sem pagamento antecipado, o início da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra expressamente acordada.

Se a proposta for recepcionada pela seguradora com adiantamento de pagamento, o contrato terá início a partir da vistoria, exceto para veículos zero quilômetro ou para renovação do contrato, em que o início de vigência ocorrerá na data em que a proposta for recebida pela seguradora.

Como é caracterizada a indenização integral?

A indenização integral é caracterizada quando os prejuízos resultantes de um mesmo sinistro atingirem ou ultrapassarem 75% (setenta e cinco por cento ou percentual inferior quando previsto na apólice) do valor contratado pelo segurado (valor definido na apólice para a modalidade VD ou valor vigente na tabela de referência na data do aviso do sinistro multiplicado pelo fator de ajuste acordado para a modalidade VMR). Em caso de roubo ou furto do veículo sem que o mesmo seja recuperado, há também a indenização integral.

Quanto vou receber no caso de ocorrência de sinistro que acarrete indenização integral?

Nos casos de indenização integral, para a modalidade VD, o valor da indenização corresponderá ao valor constante da apólice. Para a modalidade VMR, o valor da indenização será determinado de acordo com a tabela de referência, expressamente indicada na proposta do seguro, conjugada com o percentual de fator de ajuste, a ser aplicado sobre o valor de cotação do veículo, na data da liquidação do sinistro.

Como devo proceder para o recebimento de indenização integral?

No caso de indenização integral, o segurado deverá, ocorrendo sinistro, avisar imediatamente a seguradora, preencher o formulário de aviso de sinistro e apresentar a documentação necessária, definida nas condições gerais do seguro. É importante que o segurado mantenha consigo uma via do aviso de sinistro na qual conste protocolo indicando a data de recebimento do aviso pela seguradora.

Nos casos de indenização integral, o documento de transferência de propriedade do veículo deverá ser devidamente preenchido com os dados de seu proprietário e da sociedade seguradora.

Como devo proceder para o recebimento de indenização parcial?

Para a indenização parcial por avarias, ou seja, por danos materiais causados ao veículo que não acarretem a indenização integral, o segurado deverá, no caso de sinistro, avisar imediatamente a seguradora, preencher o formulário de aviso de sinistro, levar o veículo a uma oficina de sua livre escolha (é possível que a seguradora ofereça algumas vantagens para utilização de rede credenciada, mas não pode impedir o segurado de escolher determinada oficina) e aguardar autorização prévia da seguradora para serem efetuados os consertos. É importante que o segurado mantenha consigo uma via do aviso de sinistro em que conste protocolo indicando a data de recebimento do aviso pela seguradora.

São também indenizáveis, até o limite máximo da indenização, os valores referentes aos danos materiais comprovadamente causados pelo segurado e/ou por terceiros na tentativa de evitar o sinistro, minorar o dano ou salvar o bem.

Em que casos a franquia poderá ou não ser cobrada?

(Para ver a definição de "Franquia", consultar o Glossário, no início deste Guia).

A franquia não poderá ser cobrada do segurado nos casos de sinistro com indenização integral por qualquer causa, além dos sinistros que resultarem de incêndio, queda de raio e/ou explosão, ainda que esses acarretem indenizações parciais. Entretanto, se o veículo roubado/furtado for recuperado e necessitar de conserto, o segurado arcará com a franquia, pois neste caso a indenização é parcial (desde que o prejuízo não ultrapasse o percentual máximo previsto na apólice).

No caso de mais de um sinistro, o segurado arcará com tantas franquias quantas forem os sinistros.

O que é bônus?

Trata-se de critério definido pela seguradora para permitir uma redução no valor do prêmio quando o segurado apresentar em determinado período de tempo, experiência satisfatória para com a seguradora. A SUSEP não define regras para a aplicação de bônus; os critérios são estabelecidos por cada seguradora. Quando houver a previsão de bônus no contrato o mesmo deverá constar da proposta e da apólice.

Seguro Residencial

O seguro residencial é de tipo compreensivo - assim denominado por conter diversas coberturas, sendo que é obrigatória a contratação da cobertura contra riscos de incêndio.

Este seguro é destinado a residências individuais, casas e apartamentos, habituais ou de veraneio. Sua contratação é feita mediante emissão de apólice ou de bilhete.

No entanto, também é autorizada a sua contratação para imóveis residenciais unifamiliares, com simples emissão de bilhete de seguros, mediante solicitação verbal do interessado. O bilhete substitui a apólice e dispensa a proposta. As informações mínimas que devem constar no bilhete já foram citadas neste Guia na parte Tire as suas dúvidas!

Qual é a cobertura principal do seguro residencial?

A cobertura principal é a de incêndio, de contratação obrigatória. As demais coberturas deverão ser contratadas de acordo com o tipo de risco a que o imóvel a ser segurado estiver sujeito.

Há outras coberturas?

Sim, como, por exemplo, coberturas que indenizam os danos causados por alagamento, queimadas em zona rural, vendaval, impacto de veículos, queda de aeronave, danos elétricos, dentre outras.

O que é incêndio (tecnicamente)?

Para fins de seguro, *incêndio* é o fogo que se propaga, ou se desenvolve com intensidade, destruindo e causando prejuízos (danos).

Para que fique caracterizada a ocorrência de incêndio, para fins de seguro, não basta que exista fogo, é preciso que:

- O fogo se alastre, desenvolva-se e se propague.
- A capacidade de se alastrar não esteja limitada a um recipiente ou qualquer outro local em que habitualmente haja fogo, ou seja: que ocorra em local indesejado ou não habitual.
- O fogo cause dano.

Os fenômenos citados a seguir, não são considerados incêndio para fins de seguro:

- Coisas ou objetos submetidos voluntariamente à ação direta ou indireta do fogo, que se inflamam ou se danificam, nos quais o dano fica a eles limitado.
- Combustão espontânea, aquecimento espontâneo ou fermentação.
- Dano elétrico. É comum que aparelhos ou condutores elétricos apresentem, por causas diversas, defeitos que provoquem, com ou sem curto-circuito, superaquecimento e, consequentemente, derretimento de metais de ponto de fusão mais baixo, como, por exemplo, o cobre, que é o condutor de eletricidade mais utilizado. Em quase todos os casos de desarranjo elétrico há, no final do processo, o aparecimento de chamas residuais. Assim, embora em tais circunstâncias haja calor, combustão e muitas vezes chamas residuais, não há incêndio nem dano causado pelo fogo, apenas dano elétrico. Em grande número de casos, a simples interrupção da corrente elétrica faz cessar o desenvolvimento do fenômeno.

Então, estes fenômenos que somente se assemelham a incêndio não estão cobertos?

Não estão cobertos pela cobertura de incêndio do seguro. Porém, podem ser cobertos por meio da contratação de coberturas específicas, como, por exemplo, a cobertura para danos elétricos. Estas coberturas adicionais devem estar mencionadas na apólice do seguro.

O que são riscos cobertos e riscos excluídos?

Riscos cobertos são aqueles previstos e descritos em cada uma das coberturas, que terão eventuais prejuízos resultantes de sua ocorrência cobertos pelo seguro.

Já os riscos excluídos são aqueles cujos prejuízos decorrentes não serão indenizados pelo seguro, salvo se contratada cobertura específica. Como exemplo:

- Erupção vulcânica, inundação ou outra convulsão da natureza.
- Guerra interna ou externa, comoção civil, rebelião, insurreição e outras.
- Lucros cessantes e danos emergentes.
- Queimadas em zonas rurais.
- Roubo ou furto.

O que são bens não compreendidos no seguro?

São aqueles bens, especificados na apólice, para os quais a seguradora não indenizará os prejuízos, ainda que oriundos de riscos cobertos. Em geral são os seguintes:

- Pedras, metais preciosos, obras e objetos de arte em geral, bens de grande valor que facilmente são destruídos ou danificados pelo incêndio, joias, raridades e outros.
- Manuscritos, plantas, projetos, papel-moeda, selos, cheques, papéis de crédito, moedas cunhadas, livros de contabilidade e outros.
- Bens de terceiros, exceto quando tais bens encontrarem-se sob a responsabilidade do segurado para reparos ou manutenção e desde que existam registros (documentos) comprovando, por meio de notas fiscais ou ordens de serviço, a sua entrada e existência no local segurado.

Quais as diferenças entre o Seguro Residencial e o Seguro Condomínio?

Seguro Residencial	Seguro Condomínio
Garante cobertura para a edificação e facultativamente pode oferecer cobertura para o conteúdo	Garante cobertura para a edificação, abrangendo unidades autônomas e partes comuns do condomínio. Facultativamente pode oferecer cobertura para o conteúdo.
Apresenta cobertura, no mínimo, contra o risco de incêndio.	Apresenta cobertura, no mínimo, contra os riscos de incêndio, queda de raio e explosão.
Não há limitação para a estipulação de franquia.	Pode ser estipulada franquia máxima de 10% da importância segurada para a principal cobertura.

Seguro DPVAT

O DPVAT é um seguro obrigatório criado com a finalidade de amparar todas as pessoas que tenham sofrido danos pessoais em decorrência de acidentes de trânsito, ou seus beneficiários, em caso de morte. Por causa de sua função social, as indenizações são pagas mesmo se o veículo não for identificado ou não estiver em dia com o pagamento do prêmio. O motorista, no entanto, não terá direito à indenização se for considerado inadimplente ou se tiver causado o acidente intencionalmente (dolo).

Os veículos automotores que não estiverem com o pagamento do seguro DPVAT regular não poderão ser licenciados e não poderão circular em via pública ou fora dela.

Os danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, que serão pagas diretamente ao beneficiário, observados os valores previstos nas normas vigentes, por pessoa vitimada.

É assegurada à vítima a utilização do eventual saldo, verificado entre o valor máximo da cobertura e o do atendimento médico-hospitalar correspondente ao tratamento das consequências de um mesmo acidente, para reembolso de eventuais despesas suplementares, tais como fisioterapia, medicamentos, equipamentos ortopédicos, órteses, próteses e outras medidas terapêuticas, devidamente justificadas pelo médico assistente.

São também reembolsáveis à vítima de acidente de trânsito as despesas médico-hospitalares efetuadas em estabelecimentos da rede credenciada junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, desde que realizadas em caráter privado. Não serão, em nenhuma hipótese, reembolsadas despesas com assistência médica e com suplementares:

I – Quando estas forem cobertas por outros planos de seguro ou por planos privados de assistência à saúde, ressalvada eventual parcela que não for coberta por estes.

II – Quando não especificadas, inclusive quanto aos seus valores, pelo prestador do serviço na nota fiscal ou relatório que as acompanha.

III – Quando estas forem suportadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS.

Não estão cobertos pelo Seguro DPVAT:

- Danos materiais (roubo, colisão ou incêndio de veículos).
- Acidentes ocorridos fora do território nacional.
- Multas e fianças impostas ao condutor ou proprietário do veículo e quaisquer despesas decorrentes de ações ou processos criminais.

Para a quitação das indenizações, serão observados os valores vigentes na época da ocorrência do acidente, independentemente da data em que seu pagamento foi efetuado.

Obs. 1: Para os casos de invalidez permanente, a quantia que se apurar tomará por base o percentual da incapacidade de que for portadora a vítima, de acordo com a tabela constante do anexo à Lei Nº 6.194/1974, incluído pela Lei Nº 11.945/2009.

Obs. 2: As indenizações por morte, invalidez permanente e das despesas de assistência médica e suplementares serão pagas, independentemente da existência de culpa, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de apresentação da documentação que comprova o direito. A indenização será paga em cheque nominal, identificando-se expressamente o beneficiário. O pagamento também poderá ser realizado através de depósito ou transferência eletrônica de dados (TED) para a conta corrente ou poupança do beneficiário, observada a legislação do Sistema de Pagamentos Brasileiro.

Obs. 3: Os valores correspondentes às indenizações, na hipótese de não pagamento da indenização no prazo estipulado, sujeitam-se à atualização de valores segundo o IPCA/IBGE e juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, devendo ser equivalente à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

Quem são os beneficiários do seguro?

- ***Em caso de morte*** **-** os beneficiários serão o cônjuge ou pessoa a este equiparada, nos termos da legislação, e os herdeiros da vítima. Na falta de herdeiros, serão beneficiários os que provarem que a morte da vítima os privou dos meios necessários à subsistência.

Em casos de invalidez permanente e de reembolso de Despesas de assistência médica e suplementares (DAMS) - o beneficiário será a própria vítima.

Obs.: Para beneficiários menores de 16 anos, a indenização será paga ao representante legal (pai/mãe) ou ao tutor. Para beneficiários menores entre 16 e 18 anos, a indenização será paga ao menor, desde que assistido por representante legal (pai/mãe) ou tutor. Em caso de tutor, é necessária a apresentação de Alvará Judicial.

Quais os procedimentos para recebimento da indenização do DPVAT?

O procedimento para receber a indenização do seguro obrigatório DPVAT é simples e dispensa a ajuda de intermediários. O interessado deve ter cuidado ao aceitar a ajuda de terceiros, pois são muitos os casos de fraudes e de pagamentos de honorários desnecessários.

Não há necessidade de nomear procurador para recebimento de indenização de seguro DPVAT, que poderá ser requerida pela própria vítima do acidente ou por seus beneficiários. Caso seja nomeado procurador, faz-se necessário apresentar a procuração.

Para a cobertura de despesas de assistência médica e suplementares (DAMS), é vedada à vítima do acidente de trânsito a cessão de direitos ao recebimento do reembolso das despesas.

Os pedidos de indenização do DPVAT devem ser feitos à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, em qualquer dos endereços relacionados no *site* ***www.seguradoralider.com.br*** ou informados pelo telefone: 0800-0221204. Apresentar a documentação necessária:

Indenização por morte:

a) Certidão de óbito.

b) Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial competente.

c) Prova da qualidade de beneficiário.

Indenização de invalidez permanente:

a) Laudo do Instituto Médico Legal – IML, da circunscrição do acidente, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima e atestando o estado de invalidez permanente, de acordo com os percentuais da tabela constante do anexo da Lei Nº 6.194/1974.

b) Registro da ocorrência expedido pela autoridade policial competente.

c) Cópia da documentação de identificação da vítima.

Indenização despesas de assistência médica e suplementar (DAMS):

a) Registro da ocorrência expedido pela autoridade policial competente.

b) Boletim de atendimento médico-hospitalar ou documento equivalente que comprove as despesas médico-hospitalares efetuadas decorrentes do atendimento à vítima de danos corporais consequentes de acidente envolvendo veículo automotor de via terrestre.

c) Cópia da documentação de identificação da vítima.

d) Conta original do estabelecimento hospitalar ou documento equivalente, com discriminação de todas as despesas, incluindo diárias e taxas, relação dos materiais e medicamentos utilizados, exames efetuados com os preços por unidade, além dos serviços médicos e profissionais quando estes forem cobrados diretamente pelo hospital.

e) Notas fiscais, faturas ou recibos do hospital, originais, comprovando o pagamento dos respectivos valores.

f) Recibos originais, emitidos em nome da vítima, ou comprovantes do pagamento a cada médico ou profissional, constando data, assinatura, carimbo de identificação, números de CRM, CPF ou CNPJ e a especificação do serviço executado, com a data em que foi prestado o atendimento.

g) Cópia do laudo anatomopatológico da lesão e dos exames realizados, em geral, quando houver.

Obs. 1: Os documentos relacionados anteriormente deverão ser entregues à Sociedade Seguradora, mediante recibo, que os especificará.

Obs. 2: A seguradora poderá solicitar documentos adicionais ou esclarecimentos sobre a documentação enviada, caso seja detectada falha formal ou existência de indícios de fraude.

Obs. 3: Quando houver dúvida quanto aos nexos de causa e efeito entre acidente e lesões, poderá ser solicitado aos interessados relatório de internação ou tratamento fornecido pela rede hospitalar e previdenciária.

Obs.4: O Instituto Médico Legal – IML, da jurisdição do acidente ou da residência da vítima, deverá fornecer, no prazo de até 90 (noventa) dias, laudo à vítima com a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes, totais ou parciais.

Obs.5: Nas localidades em que o Instituto Médico Legal responsável não possa, por qualquer razão, expedir o laudo para atestar a invalidez permanente, a seguradora líder responsável pelos consórcios poderá admitir laudo de outra instituição, pública ou privada.

As indenizações por morte e invalidez permanente não são cumulativas. No caso de ocorrência da morte da vítima em decorrência do mesmo acidente que já havia propiciado o pagamento de indenização por invalidez permanente, a seguradora pagará a indenização por morte, deduzida a importância já paga. Já no caso de ter sido efetuado algum reembolso de despesas de assistência médica suplementar (DAMS), esse não poderá ser descontado de qualquer pagamento por morte ou invalidez permanente que venha a ser pago em decorrência de um mesmo acidente.

A indenização de pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos.

Como é feita a contratação e o pagamento do seguro

No caso de veículos sujeitos ao Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, o bilhete de seguro será emitido, exclusivamente, com o certificado de registro e licenciamento anual. O

DPVAT?

prêmio de seguro será pago conjuntamente com a cota única do IPVA ou parcelado, se possível.

No caso de veículos isentos do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT será efetuado juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual ou parcelado, se possível.

O pagamento do prêmio deverá ser efetuado somente na rede bancária.

Para os veículos excluídos dos consórcios, o seguro DPVAT será operado de forma independente por sociedade seguradora.

Todo proprietário de veículo deve manter o seguro DPVAT em dia, conforme determinam as normas em vigor. Havendo inadimplência, o veículo não é considerado devidamente licenciado para efeitos de fiscalização, estando o proprietário sujeito às penalidades previstas na legislação. Além disso, o proprietário perde o direito ao recebimento de indenização, caso seja vítima de um acidente.

Parcelamento – O prêmio do seguro DPVAT, de qualquer categoria, poderá, nos Estados da Federação em que haja parcelamento do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, ser parcelado em três parcelas iguais, mensais e consecutivas, observado o valor mínimo de R$ 70,00 (setenta reais) por parcela do prêmio.

No primeiro licenciamento do veículo, o valor do prêmio será calculado de forma proporcional, considerando-se o número de meses entre o mês de licenciamento e dezembro do mesmo ano, sendo vedado o parcelamento.

Quanto é o prêmio do Seguro DPVAT?

(Para ver a definição de "Prêmio", consultar o Glossário neste Guia).

O valor do Seguro DPVAT é fixado por meio de resoluções editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP. A norma vigente sobre condições tarifárias é a Seção VIII da Resolução CNSP 332/2015.

Quanto é a indenização do Seguro DPVAT?

Os valores vigentes de indenização do DPVAT, segundo o art. 3º da Lei Nº 6.194/1974, com a redação dada pela Lei Nº 11.945/ 2009, são:

Cobertura	Valores de Indenização
Morte	R$ 13.500,00 por pessoa vitimada
Invalidez Permanente	até R$ 13.500,00 por pessoa vitimada
Despesas Médico-hospitalares	até R$ 2.700,00 por pessoa vitimada

Quem procurar em caso de dúvidas?

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT:

- Central DPVAT: 0800-0221204 (ligações gratuitas)
- Pontos de atendimento disponível em: www.seguradoralider.com.br

Superintendência de Seguros Privados - SUSEP:

- Disque SUSEP: 0800 0218484 ou (21) 3806-9801.
- Fale conosco: www.susep.gov.br/fale-conosco
- Endereço de nossas unidades de atendimento no final deste Guia (ver página 115).

Seguro de Garantia Estendida

O Seguro de Garantia Estendida tem como objetivo propiciar ao segurado, facultativamente e mediante o pagamento de prêmio, a extensão temporal da garantia do fornecedor de um bem adquirido e, quando prevista, sua complementação.

O segurado é o consumidor final que adquire um bem ou pessoa por ele indicada no documento contratual.

Entende-se por garantia do fornecedor a garantia legal e, caso haja, a garantia contratual originalmente oferecida pelo fornecedor, nos termos definidos pela lei.

Como contratar o Seguro Garantia Estendida?

A contratação do Seguro de Garantia Estendida pelo segurado é facultativa e poderá ser efetuada somente quando da aquisição do bem ou durante a vigência da garantia do fornecedor do bem, pelos seguintes meios:

I – Diretamente, junto à sociedade seguradora ou aos seus representantes de seguros.

II – Por intermédio de corretor de seguros devidamente habilitado.

A contratação do Seguro de Garantia Estendida poderá ser realizada por meios remotos, nos termos da Resolução CNSP Nº 294/2013.

Quando o Seguro de Garantia Estendida for contratado em momento diferente da aquisição do bem, a sua aceitação poderá estar condicionada à realização de vistoria prévia do bem.

O plano de Seguro de Garantia Estendida somente poderá ser contratado mediante emissão de apólice individual ou de bilhete, não se admitindo, em nenhuma hipótese, contratação por meio de apólice coletiva.

Fica vedada a inclusão na apólice individual ou no bilhete do Seguro de Garantia Estendida de coberturas pertencentes a outros ramos de seguro.

Também é vedado condicionar a compra do bem à contratação do Seguro de Garantia Estendida, assim como condicionar a concessão de desconto no seu preço à aquisição do seguro.

O segurado poderá desistir do Seguro Garantia Estendida contratado?

Sim. O segurado poderá desistir do seguro contratado no *prazo de sete dias* corridos a contar da assinatura da proposta, no caso de contratação por apólice individual, ou da emissão do bilhete, no caso de contratação por bilhete.

A sociedade seguradora deverá informar de forma expressa e ostensiva, na apólice individual ou bilhete, os meios adequados e eficazes para o exercício do direito de arrependimento pelo segurado.

O segurado poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízo de outros meios disponibilizados.

A sociedade seguradora, ou seus representantes de seguros, e o corretor de seguros habilitado, conforme for o caso, fornecerão ao segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento.

Caso o segurado exerça o direito de arrependimento previsto neste item, os valores eventualmente pagos, a qualquer título, durante *o prazo de sete dias* mencionado anteriormente, serão devolvidos, de imediato.

Coberturas do Seguro de Garantia Estendida

Como dito anteriormente, para um perfeito enquadramento de seguro no ramo Garantia Estendida, de acordo com as normas em vigor, é fundamental e necessário que este seja contratado enquanto o bem segurado ainda estiver sob a garantia do fornecedor.

Os planos de Seguro de Garantia Estendida deverão, obrigatoriamente, oferecer uma das seguintes coberturas básicas:

I – **Extensão de Garantia Original** - cuja vigência inicia-se imediatamente após o término da garantia do fornecedor e que contempla as mesmas coberturas e exclusões oferecidas pela garantia do fornecedor.

II – **Extensão de Garantia original Ampliada** - cuja vigência inicia-se imediatamente após o término da garantia do fornecedor e que contempla as mesmas coberturas oferecidas pela garantia do fornecedor, apresentando, adicionalmente, a inclusão de novas coberturas, desde que não enquadradas em outros ramos específicos de seguro.

III – **Extensão de Garantia Reduzida** - cuja vigência inicia-se imediatamente após o término da garantia do fornecedor e que pode contemplar coberturas reduzidas comparativamente àquelas oferecidas pela garantia do fornecedor. Tal cobertura aplica-se somente ao seguro de garantia estendida voltado para veículos automotores e bens que possuem apenas garantia legal.

Os planos de Seguro de Garantia Estendida poderão, facultativamente, oferecer a cobertura de "complementação de garantia", cuja vigência inicia-se simultaneamente com a garantia do fornecedor, contemplando coberturas não previstas ou excluídas pela garantia do fornecedor e desde que não enquadradas em outros ramos específicos de seguro.

De acordo com a classificação disposta acima, nas apólices individuais, nos bilhetes e em todo o material publicitário dos planos de Segu-

ro de Garantia Estendida deverá constar, na denominação comercial, uma das seguintes expressões: "Seguro de Garantia Estendida Original", "Seguro de Garantia Estendida Original Ampliada" ou "Seguro de Garantia Estendida Reduzida".

Quais são os Períodos de Vigência e de Cobertura do Seguro Garantia Estendida?

Uma forte característica que diferencia o seguro de Garantia Estendida dos demais seguros é que o início de vigência do contrato de seguro e o início de cobertura do risco são distintos. Isto se deve ao fato de não haver cobertura no momento em que o seguro é contratado.

Assim, o período de vigência do contrato de Seguro de Garantia Estendida inicia-se, para efeitos legais, na data da assinatura da proposta, no caso de contratação por apólice individual, ou na data da emissão do bilhete, no caso de contratação por bilhete. Já o início da cobertura do risco acontece no exato instante do término da garantia do fornecedor, exceto na hipótese da cobertura de complementação da garantia, cuja vigência inicia-se simultaneamente com a garantia do fornecedor.

O Seguro Garantia Estendida poderá prever franquia e/ou participação obrigatória do segurado?

Sim. Os planos de Seguro de Garantia Estendida poderão prever franquia e/ou participação obrigatória do segurado *somente para coberturas diferentes daquelas oferecidas pela garantia do fornecedor*. Isso porque o Seguro Garantia Estendida tem como característica a cobertura de falhas ocorridas no bem segurado. A ocorrência ou não dessas falhas, assim como sua minimização, independem de atos do segurado, tendo em vista que o mau uso do bem é um risco excluído.

Lembramos que a franquia é o valor ou percentual, expresso na apólice ou no bilhete, que representa a parte do prejuízo que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado.

É possível renovar o Seguro Garantia Estendida?

Sim. A renovação do Seguro Garantia Estendida pode ser efetuada, por igual período, por iniciativa do segurado ou da seguradora, neste caso com a concordância expressa do segurado, sendo vedada a renovação automática do seguro.

Qual é o prazo para liquidação do sinistro?

A seguradora tem o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidar o sinistro, prazo esse contado a partir da data da entrega do bem na assistência técnica ou ponto de coleta, juntamente com os documentos básicos previstos na apólice individual ou bilhete, conforme orientação da seguradora, ou na data da comunicação do sinistro pelo segurado, quando for necessária a retirada do bem ou atendimento em domicílio, por representante ou empresa indicada pela seguradora.

Que documentos poderão ser exigidos em caso de sinistro?

A seguradora somente pode exigir os seguintes documentos: documento fiscal de aquisição do bem, bilhete ou apólice individual, conforme o caso, e CPF ou outro documento de identificação do segurado, sendo que em caso de pagamento de indenização em dinheiro, a seguradora somente poderá exigir, além desses, os documentos necessários à atualização cadastral do segurado, realizada no ato da contratação.

Quais as formas de pagamento da indenização do Seguro Garantia Estendida?

O Seguro de Garantia Estendida deverá admitir, para fins de indenização e mediante acordo entre as partes, as hipóteses de reparo do bem, sua reposição ou pagamento em dinheiro.

No caso de impossibilidade de reparo do bem coberto pelo seguro, a indenização ao segurado se dará na forma de reposição por bem idêntico.

Quando a reposição por um bem idêntico não for possível, deverá ser dada a opção ao segurado de devolução do valor consignado no documento fiscal ou de reposição por um bem de características similares, limitado ao valor do documento fiscal.

De quem é a responsabilidade por eventuais custos de transporte do bem sinistrado?

A responsabilidade por eventuais custos de transporte do bem sinistrado para reparo ou reposição é da seguradora, observada a orientação disposta na garantia do fornecedor do bem.

O que acontece com o Seguro Garantia Estendida em caso de substituição do bem segurado pelo fabricante?

Caso ocorra a substituição do bem segurado pelo fabricante dentro do período de vigência da garantia do fornecedor, o Seguro de Garantia Estendida poderá ser endossado (alterado, por meio de documento próprio), mediante acordo entre segurado e seguradora.

Caso não haja concordância quanto ao endosso, o contrato pode ser rescindido por iniciativa de qualquer uma das partes.

Na hipótese de rescisão a pedido da sociedade seguradora, esta devolverá ao segurado o valor integral do prêmio comercial recebido, acrescido dos emolumentos. Na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora devolverá ao segurado o valor integral do prêmio comercial recebido e reterá os emolumentos.

Seguro de Pessoas

Estes seguros têm por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários, quando da ocorrência de evento coberto especificado nas condições contratuais. Exemplos de seguros de pessoas: seguro de vida, seguro funeral, seguro de acidentes pessoais, seguro educacional, seguro viagem, seguro prestamista, seguro de diária por internação hospitalar, seguro perda de renda, seguro de diária de incapacidade temporária, dentre outros.

Os seguros de pessoas podem ser contratados de forma individual ou coletiva. Nos seguros coletivos, os segurados aderem a uma apólice contratada pelo estipulante.

Quem pode ser estipulante de uma apólice coletiva de seguros de pessoas?

Qualquer pessoa física ou jurídica pode ser estipulante, exceto:

- Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.
- Corretores.
- Sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

Quais as coberturas que podem ser oferecidas nos seguros de pessoas?

Os planos de seguros podem oferecer, em conjunto ou separadamente, os seguintes tipos de coberturas:

- **Morte** - garante o pagamento de indenização aos beneficiários no caso do falecimento do segurado por causas naturais ou acidentais.
- **Morte Acidental** - garante o pagamento de indenização aos beneficiários no caso do falecimento do segurado causado por acidente pessoal coberto.
- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente** - garante o pagamento de indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão decorrente de acidente pessoal coberto.

Deverá ser observada atentamente a tabela para o cálculo da indenização prevista no plano de seguro;

1. **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença** - garante o pagamento de indenização em caso de invalidez para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado - aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.
2. **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença** - garante o pagamento de indenização em caso de invalidez consequente de doença que cause a perda da existência, independente do segurado, na forma estabelecida no plano de seguro.
3. **Diárias por Incapacidade Temporária** - garante o pagamento de diárias em caso de impossibilidade contínua e ininterrupta

do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período no qual se encontrar em tratamento médico.

4. **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas em caso de Acidente Pessoal -** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.
5. **Diária por Internação Hospitalar -** garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado no plano de seguro.
6. **Doenças Graves -** garante o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas no plano de seguro.
7. **Perda de Renda -** garante o pagamento de indenização em caso de perda involuntária de emprego. Deverão ser observados os critérios estabelecidos no plano de seguro, como tempo mínimo de carteira profissional assinada, tempo mínimo no último emprego, motivos de demissão, entre outros.
8. **Auxílio Funeral -** garante o reembolso das despesas com o funeral até o limite do capital segurado. Ainda que a seguradora ofereça a alternativa de prestação de serviços, é garantida a livre escolha dos prestadores de serviço pelos beneficiários, com o respectivo reembolso das despesas efetuadas.

Obs.: O Seguro Auxílio Funeral é diferente de Assistência Funeral (muitas vezes comercializada junto com seguros de vida). Em casos de *Assistência Funeral* é necessário acionar a prestação de serviços específica e não pode haver previsão de reembolso.

9. **Cobertura para segurados dependentes -** (cônjuges, companheiros, filhos).
10. **Sobrevivência -** garante o pagamento de indenização, na forma de pagamento único ou de renda, caso o segurado sobreviva ao período estipulado no plano de seguro.
11. **Outras coberturas -** relacionadas a seguros de pessoas.

O que é seguro viagem?

O seguro viagem tem por objetivo garantir aos segurados, durante período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização quando da ocorrência de riscos previstos e cobertos, nos termos das condições gerais e especiais contratadas.

Este seguro deve oferecer, no mínimo, as coberturas básicas de morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, podendo ser oferecidas outras coberturas, desde que as mesmas estejam relacionadas com viagem, como a cobertura por perda ou roubo de bagagem.

O que é seguro educacional?

O seguro educacional visa a auxiliar o custeio das despesas com educação do beneficiário, em razão da ocorrência dos eventos cobertos. Considerando que existe a possibilidade de diferenciação nos critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado, deverá ser observado que o capital segurado pode não ser suficiente para quitar integralmente as mensalidades. Não se incluem na modalidade educacional os seguros de acidentes pessoais que visem, exclusivamente, a cobertura de acidentes dos educandos durante a permanência no estabelecimento de ensino ou em seu trajeto. O beneficiário desta modalidade de seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei. O plano poderá ser estruturado com quaisquer coberturas de risco de seguro de pessoas.

O que é seguro prestamista?

O seguro prestamista é aquele que tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao estipulante – empresa que concedeu o crédito ao segurado, para quitação ou amortização da dívida contraída, na hipótese de ocorrer um dos riscos cobertos (morte do segurado prestamista, invalidez do segurado, etc.).

O primeiro beneficiário é o próprio estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou do compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo será paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado. O seguro prestamista, geralmente, apresenta as coberturas de morte, invalidez e desemprego.

O que são riscos excluídos?

São aqueles previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano. Sinistros decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, por exemplo, são riscos excluídos dos contratos de seguro de pessoas. Ou seja, se o segurado aderir a uma apólice de seguro com cobertura de morte por causas naturais e acidentais e falecer em consequência de algum dos riscos listados nas condições gerais do plano como riscos excluídos, não será devida a indenização aos beneficiários.

Qual o prazo de vigência dos seguros de pessoas?

A apólice de seguro e o certificado individual deverão especificar o início e o fim de vigência dos seguros temporários. Existem, contudo, seguros vitalícios e não possuem final de vigência determinado na apólice/certificado.

A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, pelo mesmo prazo contratado anteriormente. As renovações posteriores deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

Nos seguros coletivos, a renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo estipulante.

A seguradora é obrigada a renovar o meu seguro?

Não. A seguradora, assim como os segurados, não está obrigada a renovar apólices após o final de vigência, devendo comunicar sua decisão de não renovação da apólice aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

As apólices de seguros de pessoas podem ser alteradas durante a sua vigência?

Sim. Entretanto, qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Com relação aos seguros coletivos, qualquer modificação da apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

Todo plano de seguros de pessoas permite resgate?

Não. O resgate consiste na restituição do montante acumulado na provisão constituída, devendo ser observado o regime financeiro (repartição/capitalização) adotado na estruturação do plano de seguro.

A maioria dos planos de seguros de pessoas com coberturas de risco (morte, invalidez, doenças graves e outras) é estruturada em regime financeiro de repartição, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição não dão direito a resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos. Os segurados ou beneficiários só terão direito a alguma indenização em caso de sinistro.

Nos seguros de pessoas com coberturas de risco no regime financeiro de capitalização, haverá a constituição da provisão matemática de benefícios a conceder, com base nos prêmios pagos mensalmente, capitalizados atuarialmente, após o desconto das importâncias relativas às despesas de corretagem, colocação e administração do plano, e à parcela do prêmio destinada à cobertura do risco a que o segurado está exposto. Dessa forma, estes seguros podem prever nas suas condições gerais o direito ao resgate. Entretanto, deve ficar claro para os segurados que o resgate, nestes casos, corresponderá a um valor calculado atuarialmente que não representará o somatório dos prêmios pagos. Somente os prêmios destinados à cobertura por sobrevivência dão direito, obrigatoriamente, a resgate.

O segurado pode contratar simultaneamente mais de um seguro de pessoas?

Sim. Não há limite para o valor da indenização a ser contratado para seguro ***de vida***, podendo o segurado contratar quantos seguros quiser. Cada seguradora efetivará a indenização de acordo com o valor do capital segurado constante de cada contrato.

Ressalvam-se, no entanto, os seguros vinculados a valores de dívidas, saldos ou custeio específico (seguro prestamista, seguro educacional, seguros de reembolso de despesas) que tem a cobertura limitada ao valor relacionado.

É facultado à sociedade seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado

quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

Os menores de 14 (quatorze) anos podem fazer seguro de vida?

Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, oferecimento e contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas como, por exemplo, aquelas com funeral, médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal.

Não havendo nomeação de beneficiário na apólice de seguro, qual o procedimento a ser seguido à época do pagamento da indenização?

Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a metade do capital segurado será paga ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta desses, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Importante mencionar que se o segurado não renunciar a faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

Existe algum tipo de atualização do capital segurado e do prêmio (contribuição) ao longo da vigência do seguro?

Sim. Os seguros de pessoas com vigência superior a um ano deverão conter cláusula de atualização anual de valores (prêmio e capital segurado), com base em índice geral de preços estabelecido nas condições gerais. Dessa forma, anualmente, os valores dos prêmios e dos capitais segurados devem ser atualizados pela variação do índice pactuado.

O índice e a periodicidade de atualização de valores deverão constar das condições gerais, da apólice, da proposta (ou propostas) e, quando for o caso, de plano coletivo, do respectivo contrato. Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, o capital segurado (benefício) deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data do evento gerador.

Alternativamente ao critério de atualização de valores por índice de preços, nos planos coletivos estruturados no regime financeiro de repartição, é facultada a adoção de cláusula de recálculo do capital

segurado, segundo fatores objetivos (variação salarial, mensalidade escolar) expressos nas condições gerais, na apólice, no certificado, nas propostas e - quando for o caso - de plano coletivo, no respectivo contrato.

O valor do prêmio de seguro deve aumentar sempre na mesma proporção do valor do capital segurado?

Não. Para o cálculo do prêmio de seguro é adotada, simplificadamente, a seguinte fórmula:

Prêmio = Capital Segurado (valor da indenização) x Taxa (expressa a probabilidade de ocorrência do evento coberto na apólice).

Destaca-se: no caso dos seguros de vida, a probabilidade de ocorrência de morte cresce com o aumento da idade dos segurados.

Sendo assim, além da atualização monetária (aumento proporcional de valores de prêmio e capital segurado), o valor do prêmio pode ser recalculado anualmente (ou periodicamente) em decorrência da mudança da taxa que pode ser causada:

a) **Em Plano por Idade ou em Planos por Faixa Etária -** pela mudança de idade do segurado;

b) **Em Plano por Taxa Média -** pela mudança da taxa média em função do envelhecimento ou alteração do grupo segurado.

Portanto, o aumento do capital segurado não ocorre necessariamente na mesma proporção ou na mesma periodicidade do reajuste do prêmio.

A concessão de aposentadoria por invalidez, por instituições oficiais de previdência, significa que tenho direito à indenização por invalidez no seguro de pessoas?

Não. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez nos seguros de pessoas, que deve ser comprovado através de declaração médica.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade, relacionadas ao segurado, o que deve ser feito?

No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica que será constituída por três integrantes: um nomeado pela sociedade seguradora, outro

pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, cabendo a cada uma das partes pagarem os honorários do médico que tiver designado, sendo que os honorários do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Seguro de Habitacional

O Seguro Habitacional tem por objetivo a quitação de dívida do segurado correspondente ao saldo devedor, vincendo na data do sinistro relativa a financiamento para aquisição ou construção de imóvel, em geral, e/ou a reposição do imóvel, na ocorrência de sinistro coberto.

Define-se:

- ☑ **MIP** – Morte e Invalidez Permanente.
- ☑ **DFI** – Danos Físicos ao Imóvel.
- ☑ **Financiador** – Qualquer entidade, pública ou privada, que conceda financiamento para a construção ou a aquisição de imóvel em geral.
- ☑ **Estipulante** – No seguro contratado sob a forma coletiva, é o próprio financiador.
- ☑ **Segurado** – Pessoa física ou jurídica que assine com o financiador o contrato de financiamento para a construção ou aquisição de imóvel, na qualidade de adquirente ou promitente comprador; ou o próprio financiador, exclusivamente para a cobertura de DFI, no caso de imóvel adjudicado, frente a execução da dívida por inadimplência do financiado e nos casos em que apenas esteja promovendo a construção.
- ☑ **Beneficiário** – Quem recebe a indenização, em caso de sinistro.

Quem pode operar com o Seguro Habitacional?

O Seguro Habitacional poderá ser operado por sociedades seguradoras autorizadas a operar seguros de pessoas ou por sociedades seguradoras autorizadas a operar seguros de danos, observados os normativos do CNSP e da SUSEP.

Quais são as modalidades do Seguro Habitacional?

O Seguro Habitacional abrange as seguintes modalidades:

Seguro Habitacional do Sistema Financeiro da Habitação – SH/SFH - caracteriza-se por possuir apólice única onde eram incluídas as operações relacionadas aos financiamentos concedidos no âmbito do Sistema Financeiro da Habitação – SFH. Não é mais comercializada, não podendo emitir novos certificados, conforme **Lei Nº 12.409, de 25 de maio de 2011**.

Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM - caracteriza-se por ter suas coberturas em apólices de mercado, sendo as sociedades seguradoras privadas responsáveis pela gestão das respectivas carteiras, nos termos da legislação e regulamentação vigentes.

Quais são as garantias que deverão ser obrigatoriamente cobertas pelo Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM?

O Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM deverá garantir obrigatoriamente coberturas securitárias que prevejam, no mínimo, os riscos de morte e invalidez permanente (MIP) do segurado e/ou de danos físicos ao imóvel (DFI), de acordo com a operação de financiamento de imóvel contratada.

O que abrange a cobertura dos riscos de MIP?

Para efeitos da cobertura dos riscos de MIP, será considerada como:

- ☑ **Morte** - aquela decorrente de causas naturais ou acidentais.
- ☑ **Invalidez permanente** - aquela que ocorrer em data posterior à data da assinatura do contrato de financiamento do imóvel, causada por acidente pessoal ou doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício da atividade laborativa principal do segurado, no momento do sinistro.

O que deve ser observado na regulação de sinistro de morte ou de invalidez para efeito do Seguro Habitacional?

Para a regulação de sinistro de invalidez permanente, ressalvado o mencionado a seguir, é vedado condicionar o pagamento da indenização à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.

Nos casos em que o segurado não exercer qualquer atividade laborativa considerar-se-á coberto, além do risco de morte, o risco de invalidez permanente causada por acidente pessoal ou doença, que determine a incapacidade total e permanente para o exercício de toda e qualquer atividade laborativa.

Nos casos em que o segurado se encontrar em gozo de benefício previdenciário de invalidez considerar-se-á coberto apenas o risco de morte.

A invalidez permanente do segurado será comprovada com apresentação de declaração médica.

Não haverá cobertura para os riscos de MIP decorrentes e/ou relacionados à doença *manifesta em data anterior à assinatura do contrato de financiamento, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta do seguro, bem como decorrente de eventos comprovadamente resultantes de acidente pessoal, ocorrido em data anterior à da assinatura do referido contrato.*

Quais os danos ao imóvel estão cobertos pela DFI?

A cobertura dos riscos aos danos físicos ao imóvel (DFI) contemplará, no mínimo, os danos provenientes de:

- ☑ Incêndio, raio ou explosão.
- ☑ Vendaval.
- ☑ Desmoronamento total.
- ☑ Desmoronamento parcial, assim entendido a destruição ou desabamento de paredes, vigas ou outro elemento estrutural.
- ☑ Ameaça de desmoronamento, devidamente comprovada.
- ☑ Destelhamento.
- ☑ Inundação ou alagamento, ainda que decorrente de chuva.

Poderão ser oferecidas nas apólices de SH/AM, em caráter facultativo, outras coberturas além das descritas acima.

Qual o prazo de vigência do Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM?

O prazo de vigência do seguro deverá corresponder ao do financiamento do imóvel. A apólice, no caso de seguro individual, ou o certificado individual, no caso de seguro coletivo, deve estabelecer as datas de início e término de vigência das coberturas.

Como é feita a contratação do Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM?

A contratação do SH/AM será feita mediante emissão de uma única apólice, englobando *obrigatoriamente as coberturas de MIP e/ou DFI*, de acordo com a operação de financiamento de imóvel contratada e, facultativamente, outras coberturas devendo ser observada a regulamentação em vigor.

É vedada a contratação concomitante de mais de uma apólice de seguro habitacional para o mesmo financiamento.

Como saber o valor do Custo do Seguro Habitacional?

Deverá ser apresentado ao estipulante (caso de seguro coletivo) ou ao interessado no financiamento (caso de seguro individual), o valor correspondente ao Custo Efetivo do Seguro Habitacional – CESH, em relação às coberturas dos riscos de MIP e DFI, na forma estabelecida pela SUSEP, para efeito de comparabilidade dos produtos oferecidos.

Os custos correspondentes às coberturas facultativas, não integrarão o valor do CESH, devendo ser apresentados de forma segregada ao interessado.

O Prêmio do Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM poderá ser alterado com a mudança de idade?

Sim.

As condições contratuais devem explicitar se a taxa do seguro correspondente aos riscos de MIP será única, durante todo o contrato, e estabelecida em função da idade do segurado, no momento da adesão ou contratação do seguro, ou se haverá seu reenquadramento, mencionando, nessa hipótese, os períodos em que se dará o reenquadramento.

Para efeito de cálculo dos prêmios do seguro correspondentes aos riscos de MIP, as taxas, estabelecidas por faixa etária ou por idade média do grupo segurado, deverão incidir sobre o limite máximo de garantia, respeitadas as datas de pagamento das prestações previstas no contrato de financiamento.

O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos riscos de MIP consistirá, a cada mês, do valor do saldo devedor do financiamento do imóvel, consideradas pagas todas as prestações vencidas.

Para efeito de cálculo dos prêmios do seguro correspondentes aos riscos de DFI, as taxas incidirão sobre o limite máximo de garantia.

O limite máximo de garantia correspondente à cobertura dos ris-

cos de DFI consistirá, em qualquer tempo, do valor da avaliação inicial do imóvel, que serviu de base para a operação de financiamento, devidamente atualizado com base no índice convencionado no contrato de seguro.

Deverão constar integralmente das condições contratuais do seguro habitacional as situações e o detalhamento operacional para aplicação de cada tipo de taxa referida anteriormente.

Existem restrições à idade na contratação do seguro habitacional?

Sim. A seguradora poderá limitar a oferta da cobertura securitária a proponentes ao seguro habitacional cuja idade, somada ao prazo de financiamento e eventuais renegociações, seja superior a 80 (oitenta) anos e 6 (seis) meses.

Qual o índice de atualização dos valores referente ao Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM?

O índice convencionado no contrato de seguro deverá ser igual ao estabelecido no contrato de financiamento.

No caso de contratos de financiamento sem previsão de cláusula de atualização, o valor de avaliação inicial do imóvel será atualizado com base no índice e periodicidade definidos no respectivo contrato de seguro.

A apólice ou o certificado individual deverá permanecer em vigor até o término do prazo de vigência do seguro, mesmo que o segurado esteja inadimplente em relação a qualquer parcela do prêmio?

Sim. Entretanto, caberá ao estipulante (no seguro coletivo) ou ao financiador (no seguro individual), honrar o pagamento dos prêmios do seguro junto à seguradora.

O não pagamento do prêmio do seguro por parte do estipulante, no caso de seguro coletivo, ou do financiador, no caso de seguro individual, desobriga a seguradora ao pagamento de qualquer indenização, sem prejuízo das obrigações de estipulante ou financiador, respectivamente, junto ao segurado.

Quem é o beneficiário no Seguro Habitacional em Apólices de Mercado – SH/AM?

O beneficiário, em caso de sinistro relacionado aos riscos de MIP, é o próprio estipulante, no caso de seguro coletivo, ou o financiador, no caso de seguro individual.

É vedada a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade do segurado, salvo se houver mudança do financiador.

No caso de sinistro, como é realizado o pagamento das indenizações?

Para a cobertura dos riscos de MIP, a indenização corresponderá à quantia necessária à quitação total do financiamento, assim entendido o saldo devedor vincendo, na data do sinistro, sob a forma de pagamento único.

Caso haja mais de um segurado na composição de renda para fins de seguro, o valor da indenização será proporcional ao percentual de responsabilidade correspondente ao segurado que tenha falecido ou se tornado inválido, prevalecendo o percentual vigente na data do sinistro, havendo liquidação parcial da dívida, o seguro de MIP será mantido para os demais componentes da renda, relativamente à divida remanescente.

Para a cobertura dos riscos de DFI, a indenização, respeitado o limite máximo de garantia vigente na data do sinistro, corresponderá ao valor necessário à reposição do imóvel ao estado equivalente ao que se encontrava imediatamente antes do sinistro.

Previdência Complementar Aberta

Glossário

Assistido: pessoa física em gozo do benefício sob a forma de renda.

Averbadora: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação, exclusivamente para contratá-lo com a EAPC (Entidades Abertas de Previdência Complementar), sem participar do custeio.

Beneficiário: pessoa física (ou pessoas físicas) indicada livremente pelo participante para receber os valores de benefício ou resgate, na hipótese de ocorrência do fato gerador, de acordo com a estrutura do plano.

Benefício: pagamento a ser efetuado ao próprio participante ou a seu beneficiário, por ocasião da ocorrência do evento gerador durante o período de cobertura.

Benefício Definido: modalidade de plano cujo valor do benefício contratado é previamente estabelecido na proposta de inscrição.

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

Contribuição: o valor pago à EAPC para o custeio do plano contratado.

EAPC: entidade aberta de previdência complementar e sociedade seguradora autorizada a operar planos de previdência complementar aberta.

Evento gerador: a ocorrência de morte ou invalidez do participante durante o período de cobertura (coberturas de risco), ou a sua sobrevivência ao final do período de diferimento (cobertura por sobrevivência).

Instituidora: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo e que está investida de poderes de representação, exclusivamente para contratá-lo com a EAPC, e que participa, total ou parcialmente, do custeio.

Participante: pessoa física que contrata ou, no caso de contratação sob a forma coletiva, adere ao plano.

Período de Carência: período, contado a partir da data do início de vigência, durante o qual, na ocorrência do evento gerador, o participante ou os beneficiários não terão direito à percepção dos benefícios contratados. Na cobertura por sobrevivência, é o período em que não serão aceitas solicitações de resgate ou de portabilidade por parte do participante.

Período de Cobertura: período, contado a partir do início de vigência, durante o qual o participante ou os beneficiários farão jus aos benefícios contratados, sendo observado o período de carência (caso haja).

Período de Diferimento: período compreendido entre a data de início de vigência da cobertura por sobrevivência e a data contratualmente prevista para início do pagamento do benefício.

Período de Pagamento do Benefício: período em que o assistido (ou assistidos) fará jus ao pagamento do benefício, sob a forma de renda, podendo ser vitalício ou temporário.

Portabilidade: direito garantido ao participante de, durante o período de diferimento e na forma regulamentada, movimentar os recursos da provisão matemática de benefícios a conceder para outros planos.

Vesting: conjunto de cláusulas constante do contrato entre a entidade aberta de previdência complementar e a instituidora, a que o participante, tendo expressado o prévio conhecimento de suas disposições, está obrigado a cumprir para que lhe possam ser oferecidos e postos a sua disposição os recursos da provisão (ou provisões) decorrentes das contribuições pagas pela instituidora.

Informações básicas

1. O sistema de previdência brasileiro apoia-se em dois pilares. O primeiro (previdência social) possui natureza pública e é de iniciativa governamental; a participação da massa de trabalhadores é universal e compulsória. Estrutura-se na modalidade de benefício definido, sob o regime financeiro de repartição simples (mutualismo), onde os benefícios são pagos com as contribuições arrecadadas, não havendo acumulação e capitalização de recursos em contas individualizadas, acarretando um pacto social entre gerações, em que os ativos financiam os inativos.

   O segundo pilar possui natureza privada e subdivide-se em dois segmentos: o fechado e o aberto. Um é composto por planos de benefícios administrados pelos denominados "fundos de pensão" (entidades fechadas de previdência complementar); enquanto o outro é composto por planos de benefícios administrados por entidades abertas de previdência complementar, podendo aí ser incluídas as sociedades seguradoras autorizadas a operar exclusivamente no ramo de seguro de pessoas.

2. O sistema de previdência complementar é regulado pela Lei Complementar Nº 109, de 29 de maio de 2001. Esta lei estabelece que todos os planos de previdência complementar aberta necessitam, obrigatoriamente, de aprovação pela SUSEP antes do início de comercialização, *o que não implica, de parte da Autarquia, qualquer incentivo ou recomendação a sua contratação*.

3. Cada plano submetido pelas Entidades Abertas de Previdência Complementar – EAPC, para análise e prévia aprovação, recebe um número identificador denominado número do processo SUSEP, que deve constar de todo o material do plano - divulgação, proposta de inscrição, regulamento, certificado individual, extratos, etc. Esse número serve para que, no caso de eventual problema junto à empresa, a SUSEP saiba exatamente qual o tipo de plano contratado. Não se deve confundir esse número com o da proposta de inscrição.

4. A primeira preocupação que o consumidor deve ter é com o tipo de cobertura que deseja contratar (cobertura por morte,

invalidez ou sobrevivência). Uma vez escolhido o tipo de cobertura, devem-se observar, no caso de coberturas de risco (morte e invalidez), os seguintes pontos:

4.1. As coberturas de morte e invalidez, *estruturadas no regime financeiro de repartição*, não dão direito a resgate ou devolução de quaisquer contribuições pagas, uma vez que cada contribuição é destinada a custear o risco de morte/ invalidez a que a pessoa ficou exposta, sendo utilizada no pagamento do total de indenizações arcadas pela seguradora no período.

4.2. Fazer uma pesquisa é fundamental antes de se contratar qualquer plano. Mas atenção: faça a comparação sempre considerando o mesmo tipo de cobertura e o mesmo valor de benefício, avaliando, também, a existência de período de carência, período de cobertura e percentual de carregamento.

4.3. A proposta de inscrição deverá ser totalmente preenchida e assinada. Caso haja declaração pessoal de saúde, deve-se responder a todas as perguntas com respostas corretas e completas. O não cumprimento poderá acarretar na negativa de pagamento do benefício caso haja alguma declaração falsa.

5. No caso de planos que tenham como evento gerador do benefício a sobrevivência, deve-se ter especial atenção para os custos envolvidos na operação (carregamento e taxa de administração). Quanto maiores esses custos menos recursos irão para a provisão.

6. Verifique se a proposta de inscrição tem os valores iniciais da contribuição e do benefício, sempre discriminados por cada tipo de cobertura contratada. No caso de plano por sobrevivência, em que o benefício seja estruturado na modalidade de contribuição definida, não há definição prévia do valor do benefício.

7. A leitura cuidadosa da proposta de inscrição e de todo o regulamento é fundamental para que o participante saiba de todos os seus direitos e deveres, tomando ciência dos benefícios oferecidos no plano, as principais características e cláusulas restritivas de direito, que deverão vir sempre em

destaque no regulamento, conforme determina o Código de Defesa do Consumidor.

8. O regulamento contém uma série de informações importantes, como por exemplo: glossário, contendo as principais definições, período de carência, critério de atualização de valores, documentos necessários no caso de pagamento do benefício, entre outros.

9. Verifique se os seus direitos estão sendo cumpridos pelas empresas, como por exemplo, o recebimento do certificado de participante e extratos periódicos.

Por que contratar um Plano de Previdência Complementar?

A previdência complementar é a alternativa para complementar a aposentadoria do sistema público. Se você tem uma renda acima do teto de aposentadoria do INSS, precisa de uma previdência privada para complementar sua renda ao se aposentar e poder assim manter seu padrão de vida.

A previdência complementar possui uma característica tributária exclusiva: o imposto será aplicado apenas na retirada dos recursos, seja por resgate ou recebimento de renda. Devido a esse incentivo fiscal, as contribuições para planos de previdência complementar podem ser abatidas da base de cálculo do Imposto de Renda, em até 12% (doze por cento) da renda bruta anual, na opção de declaração de ajuste anual completa.

Como podem ser contratados os planos de previdência complementar aberta?

Os planos de previdência complementar aberta podem ser contratados de forma individual ou coletiva (empresarial).

Quais os tipos de benefícios que os planos podem oferecer?

Os planos oferecem - juntos ou separadamente - os seguintes tipos de benefício:

1. **Renda por Sobrevivência**: renda a ser paga ao participante do plano que sobreviver ao prazo de diferimento contratado. Os principais tipos são:

   1.1. *Renda Mensal Vitalícia*: consiste em uma renda paga vitaliciamente ao participante a partir da data de

concessão do benefício. O pagamento da renda cessa com o falecimento do participante.

1.2. *Renda Mensal Temporária*: consiste em uma renda paga temporária e exclusivamente ao participante. O pagamento da renda cessa com o falecimento do participante ou ao fim da temporariedade contratada, o que ocorrer primeiro.

1.3. *Renda Mensal Vitalícia com Prazo Mínimo Garantido*: consiste em uma renda paga vitaliciamente ao participante a partir da data da concessão do benefício, sendo garantido aos beneficiários um prazo mínimo de recebimento, da seguinte forma:

a) No momento da inscrição, o participante escolherá um prazo mínimo de garantia que será indicado na proposta de inscrição.

b) O prazo mínimo da garantia é contado a partir da data do início do recebimento do benefício pelo participante.

c) Se durante o período de percepção do benefício ocorrer o falecimento do participante, e antes de ter completado o prazo mínimo de garantia escolhido, o pagamento da renda será feito aos beneficiários conforme os percentuais indicados na proposta de inscrição, pelo período restante do prazo mínimo de garantia.

d) No caso de falecimento do participante após o prazo mínimo garantido escolhido, a continuidade de pagamento da renda ficará automaticamente cancelada, sem que seja devida qualquer devolução, indenização ou compensação de qualquer espécie ou natureza aos beneficiários.

e) No caso do falecimento de um dos beneficiários, antes de ter sido completado o prazo mínimo de garantia, o valor da renda será rateado

entre os beneficiários remanescentes até o vencimento do prazo mínimo garantido.

f) Não havendo qualquer beneficiário remanescente, a renda será paga aos sucessores legítimos do participante, pelo prazo restante da garantia.

1.4. **Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Beneficiário Indicado -** consiste em uma renda paga vitaliciamente ao participante a partir da data de concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do participante, durante a percepção desta renda, um percentual do seu valor, estabelecido na proposta de inscrição, será revertido vitaliciamente ao beneficiário indicado. Na hipótese de falecimento do beneficiário antes do participante e durante o período de percepção da renda, a reversibilidade do benefício estará extinta sem direito a compensações ou devoluções dos valores pagos. No caso de o beneficiário falecer após ter sido iniciado o recebimento da renda, o benefício estará extinto.

1.5. **Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Menores -** consiste em uma renda paga vitaliciamente ao participante a partir da data escolhida de concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do participante durante a percepção desta renda, um percentual do seu valor estabelecido na proposta de inscrição será revertido vitaliciamente ao cônjuge e, na falta deste, reversível temporariamente ao(s) menor (es) até que complete(m) a idade para maioridade estabelecida no regulamento (18, 21 ou 24 anos).

2. **Renda por Invalidez -** a ser paga ao participante, em decorrência de sua invalidez total e permanente, ocorrida durante o período de cobertura e após cumprido o período de carência estabelecido no plano.

3. **Pensão por Morte -** a ser paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de inscrição, em decorrência da morte do participante ocorrida durante o período de cobertura e após cumprido o período de carência estabelecido no plano.
4. **Pecúlio por Morte -** importância em dinheiro, paga de uma só vez ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na proposta de inscrição, em decorrência da morte do participante ocorrida durante o período de cobertura e após ser cumprido o período de carência estabelecido no plano.
5. **Pecúlio por Invalidez -** importância em dinheiro, paga de uma só vez ao próprio participante, em decorrência de sua invalidez total e permanente ocorrida durante o período de cobertura e após ser cumprido o período de carência estabelecido no plano.

Todo plano de previdência complementar aberta permite resgate?

Não. O resgate consiste na restituição do montante acumulado na provisão matemática de benefícios a conceder, constituída, devendo ser observado o regime financeiro (repartição/ capitalização) adotado na estruturação do plano de previdência complementar aberta.

A maioria dos planos com coberturas de risco (morte e invalidez) são estruturados em regime financeiro de repartição, no qual todas as contribuições pagas pelos participantes de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e dos benefícios a serem pagos no próprio período. Dessa forma, as coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição não dão direito a resgate ou devolução de quaisquer contribuições pagas, e os participantes ou beneficiários só terão direito a algum benefício em caso de ocorrência do evento gerador.

Nos planos com coberturas de risco, estruturados no regime financeiro de capitalização, haverá a constituição da provisão matemática de benefícios a conceder com base nas contribuições pagas mensalmente, capitalizadas atuarialmente, após o desconto das importâncias relativas às despesas de corretagem, colocação e administração do plano, e à parcela da contribuição destinada à cobertura do risco a que o participante está exposto. Dessa forma, estes planos *podem prever no regulamento o direito ao resgate*. Entretanto, deve ficar claro para os

participantes que o resgate, nestes casos, corresponderá a um valor calculado atuarialmente que não representará o somatório das contribuições pagas.

Somente as contribuições destinadas à cobertura por sobrevivência dão direito, obrigatoriamente, ao resgate.

Existe algum tipo de atualização do valor do benefício e da contribuição ao longo da vigência do plano de previdência?

Sim. Os planos de previdência com vigência superior a um ano deverão conter cláusula de atualização anual de valores (contribuição e benefícios), com base em índice geral de preços estabelecido no regulamento. Dessa forma, anualmente, os valores das contribuições e dos benefícios devem ser atualizados pela variação do índice pactuado.

O índice e a periodicidade de atualização de valores deverão constar do regulamento, da proposta de inscrição e, quando for o caso de plano coletivo, do respectivo contrato.

Para as coberturas de risco (morte e invalidez) custeadas mediante pagamento único ou anual da contribuição, o valor do benefício deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data do evento gerador.

Alternativamente ao critério de atualização de valores por índice de preços, nos planos coletivos de coberturas de risco (morte ou invalidez), estruturados no regime financeiro de repartição, é facultada a adoção de cláusula de recálculo do benefício, segundo fatores objetivos (por exemplo, variação salarial) expressos no regulamento, na proposta de inscrição, e no respectivo contrato.

Para as coberturas de risco (morte e invalidez), o valor da contribuição deve aumentar sempre na mesma proporção do valor do benefício?

Não. Nos planos de benefícios de risco (morte e invalidez) estruturados no regime financeiro de repartição, além da atualização monetária (aumento proporcional de valores da contribuição e do benefício), sobre o valor da contribuição podem incidir ajustes periodicamente em decorrência da mudança de idade do Participante.

Enfatizamos que o aumento do benefício não ocorre necessariamente na mesma proporção ou na mesma periodicidade do reajuste da contribuição.

Sendo assim, além da atualização monetária (aumento proporcio-

nal de valores de contribuição e de benefício), o valor da contribuição pode ser recalculado anualmente (ou periodicamente) em decorrência da mudança da taxa que pode ser causada:

a) **Em Plano por Idade ou em Planos por Faixa Etária -** pela mudança de idade do participante.

b) **Em Plano por Taxa Média -** pela mudança da taxa média em função do envelhecimento ou alteração do grupo de participantes.

É possível fazer a portabilidade dos recursos?

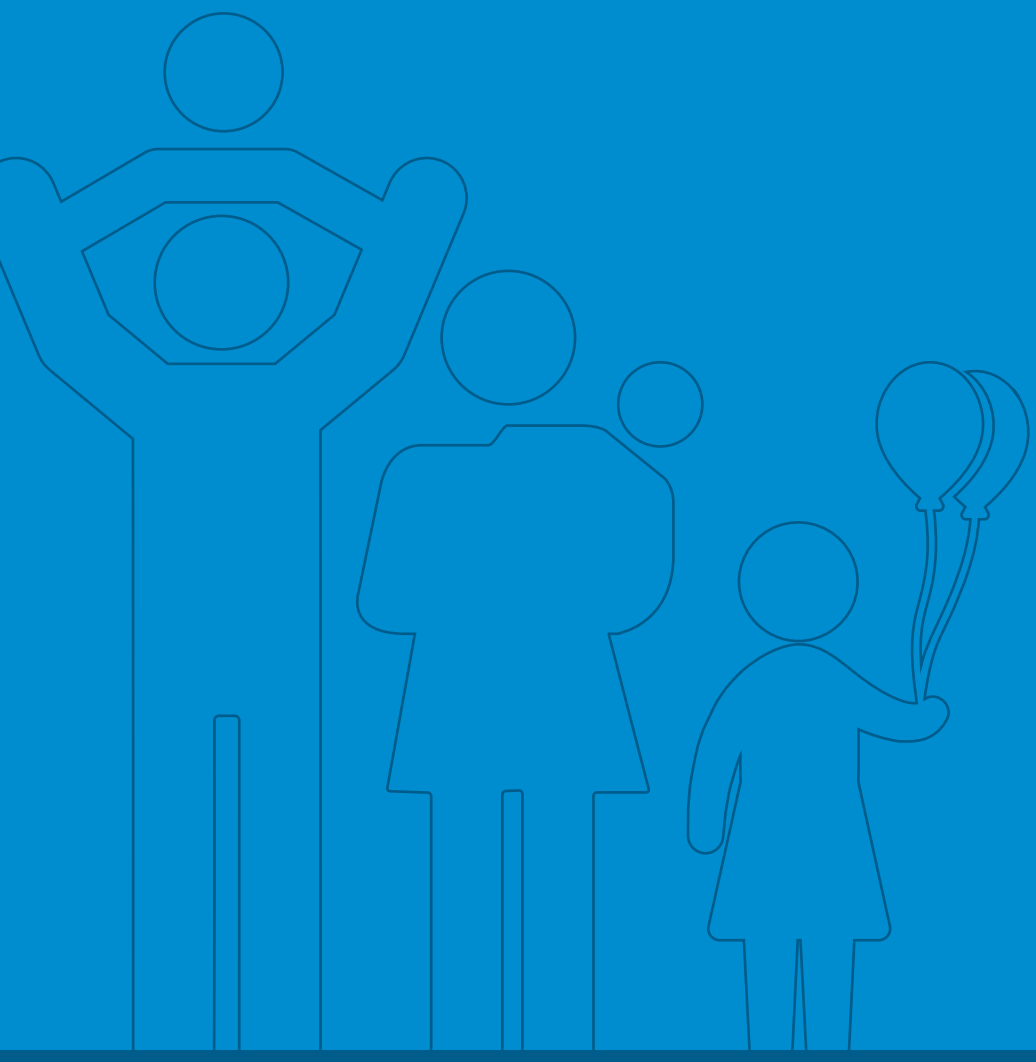
Exclusivamente nos planos estruturados pelo *regime financeiro de capitalização*, o participante poderá solicitar, *quando expressamente previsto no regulamento*, a portabilidade total de recursos do saldo da provisão matemática de benefícios a conceder, após o cumprimento de prazo de carência, que deverá ser de, no máximo, vinte e quatro meses, a contar da data de início da vigência da proposta de inscrição.

A portabilidade só pode ocorrer entre planos de mesmo CPF e caso ainda não esteja em percepção de benefício.

Além da portabilidade entre planos de coberturas de risco (morte ou invalidez), o participante poderá portar seus recursos para planos de Contribuição variável do tipo PGBL.

Não ocorre portabilidade entre planos de natureza distinta: plano de pecúlio e plano de sobrevivência (aposentadoria), ou plano de previdência e plano de seguro.

Planos
VGBL & PGBL



Planos
VGBL & PGBL

VGBL (Vida Gerador de Benefício Livre) e PGBL (Plano Gerador de Benefício Livre) são aqueles por sobrevivência (de seguro de pessoas e de previdência complementar aberta, respectivamente) que, após um período de acumulação de recursos (período de diferimento), proporcionam aos investidores (segurados e participantes) uma renda mensal - que poderá ser vitalícia ou por período determinado - ou um pagamento único. O primeiro (VGBL) é classificado como seguro de pessoa, enquanto o segundo (PGBL) é um plano de previdência complementar.

A principal diferença entre os dois planos reside no tratamento tributário dispensado a um e a outro. Em ambos, o Imposto de Renda incide apenas no momento do resgate ou recebimento da renda. Entretanto, enquanto no VGBL o Imposto de Renda incide apenas sobre os rendimentos, no PGBL o imposto incide sobre o valor total a ser resgatado ou recebido sob a forma de renda.

No caso do PGBL, os participantes que utilizam o modelo completo de Declaração de Ajuste Anual do Imposto de Renda da Pessoa Física - IRPF podem deduzir as contribuições do respectivo exercício, no limite máximo de 12% (doze por cento) de sua renda bruta anual. Os prêmios/contribuições pagos a planos VGBL não podem ser deduzidos na Declaração de Ajuste Anual do IRPF e, portanto, este tipo de plano seria mais adequado aos consumidores que utilizam o modelo simplificado de Declaração de Ajuste Anual do IRPF ou aos que já ultrapassaram o limite de 12% (doze por cento) da renda bruta anual para efeito de dedução dos prêmios e ainda desejam contratar um plano de acumulação para complementação de renda.

Em caso de dúvidas sobre questões tributárias, orientamos consultar a Secretaria da Receita Federal do Brasil (**www.receita.fazenda.gov.br**).

Qual é a rentabilidade do VGBL e do PGBL? Existe garantia de rentabilidade mínima?

Uma das principais características, tanto do VGBL quanto do PGBL, é a ausência de rentabilidade mínima garantida durante a fase de acumulação dos recursos (período de diferimento), sendo a rentabilidade idêntica à do fundo onde os recursos estão aplicados.

Os fundos para aplicação dos recursos variam dos mais agressivos, que investem até 49% (quarenta e nove por cento) do patrimônio em renda variável (ações), aos mais conservadores, que aplicam apenas em títulos públicos e/ou privados. Portanto, há opções para os diferentes tipos de investidores, dependendo de seu perfil de investimento. É importante estar atento às políticas de investimento dos fundos, em especial aos percentuais mínimo e máximo de investimento em renda variável, no caso dos fundos mais agressivos.

Como é possível acompanhar a rentabilidade do plano?

Pode-se acompanhar, diariamente, por meio da divulgação em periódico de grande circulação definido no regulamento do fundo. No periódico constarão a taxa de administração aplicada, o valor do patrimônio líquido, o valor da cota e as rentabilidades do mês e acumulada no

O que são provisão matemática de benefícios a conceder e provisão matemática de benefícios concedidos?

A provisão matemática de benefícios a conceder pode ser considerada a "conta" onde são alocadas todas as contribuições/prêmios pagos, líquidos de carregamento. Nos planos VGBL e PGBL, esta provisão corresponde ao próprio fundo de investimento ao qual o investidor do plano faz jus.

Já a provisão matemática de benefícios concedidos pode ser considerada a "conta" para onde é transferido todo o dinheiro da provisão matemática de benefícios a conceder, quando o participante/segurado entra em gozo do benefício (começa a receber a renda).

Nos planos com cobertura por sobrevivência deve-se ter especial atenção aos custos envolvidos na operação: carregamento (incidente sobre as contribuições/prêmios) e taxa de administração (incidente sobre o fundo de investimento que subsidia o plano). Quanto maiores esses custos, menos recursos ficarão na provisão.

Como é feito o cálculo da renda mensal?

Para o cálculo do valor a ser pago na forma de renda mensal, a empresa considerará o montante acumulado na provisão, ao término

do período de acumulação, as tábuas biométricas de sobrevivência (tabelas que informam a probabilidade de sobrevivência, de acordo com a idade) e a taxa de juros contratadas. O valor do benefício pago sob a forma de renda será atualizado anualmente pelo indexador adotado no regulamento do plano, podendo haver, durante o período de pagamento da renda, o repasse de excedentes financeiros (valores dos rendimentos obtidos com a aplicação da provisão matemática de benefícios concedidos que superem a tábua biométrica e a taxa de juros contratadas).

Como e quando é feita a reversão do resultado financeiro?

A reversão de resultados financeiros, caso contratada, dar-se-á *a partir da data de concessão do benefício* e pelo prazo que for estabelecido no regulamento do plano. O saldo da provisão técnica de excedentes financeiros (observados à época, a periodicidade e o prazo de duração convencionados no regulamento do plano) será: pago diretamente ao assistido; ou revertido à provisão matemática de benefícios concedidos, de maneira a proporcionar aumento ao benefício pago sob a forma de renda. A periodicidade de reversão não pode ultrapassar cinco anos civis consecutivos. Por fim, em relação aos resultados financeiros, deve-se observar se o plano prevê a reversão dos resultados financeiros, e qual o percentual de reversão e a respectiva periodicidade, sendo mais vantajoso o plano que possuir maior percentual de reversão, com menor periodicidade de repasse.

Como saber se um plano VGBL ou PGBL foi aprovado pela SUSEP?

Pode-se saber se um plano foi aprovado pela SUSEP no sítio eletrônico **http://www.susep.gov.br**. Lá também é possível simular o valor da renda a ser recebida ou verificar informações fornecidas pela empresa.

Os planos VGBL e PGBL permitem resgate ou portabilidade dos recursos acumulados?

Sim. Durante o período de acumulação, é possível solicitar, independentemente do número de prêmios/contribuições pagos, o resgate (saque) ou a portabilidade (transferência para outro plano), parcial ou total, dos recursos acumulados na provisão matemática de benefícios a conceder, respeitados os prazos de carência e os intervalos previstos no regulamento. Destaca-se que as portabilidades só poderão ser feitas entre planos da mesma espécie – entre planos de seguro de pessoas

com cobertura por sobrevivência ou entre planos previdenciários, não sendo possível a portabilidade de um plano VGBL para um PGBL, ou vice-versa. Deverá ser observado, adicionalmente, que a portabilidade somente se dará entre planos que estejam sujeitos a um mesmo regime tributário – entre planos estruturados no regime de tabela progressiva ou regressiva, não sendo possível a portabilidade entre planos que possuam regimes distintos.

No que se refere ao resgate e à portabilidade, é preciso ficar atento para que as empresas cumpram os prazos estabelecidos no regulamento do plano para o pagamento ou para a transferência dos valores. No caso do não cumprimento dos prazos, deve-se denunciar o fato à SUSEP apresentando cópia dos documentos comprobatórios.

Quais os documentos necessários para efetivação da portabilidade?

A portabilidade dar-se-á mediante solicitação do segurado ou participante, devidamente registrada na seguradora ou EAPC, informando:

a) O plano de seguro de pessoas ou previdência com cobertura por sobrevivência, quando da mesma seguradora ou EAPC.

b) O plano de seguro de pessoas ou previdência com cobertura por sobrevivência e respectiva seguradora ou EAPC, quando para outra empresa.

c) O respectivo valor ou percentual do saldo da provisão matemática de benefícios a conceder.

d) As respectivas datas.

Deverá ser anexada, pelo segurado ou participante, à referida solicitação, documento expedido pela sociedade seguradora cessionária, contendo a data em que o plano receptor foi contratado e declaração de que não se opõe à portabilidade, especialmente no que se refere ao valor a ser portado.

Nos casos de portabilidade para plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência no qual o segurado não esteja inscrito, deverá ser previamente formalizado o preenchimento de proposta de contratação ou adesão, e adotadas todas as demais providências necessárias.

A cobrança de carregamento somente poderá ser efetivada pela seguradora ou EAPC no pagamento das contribuições ou prêmios?

Não. Apesar do percentual de carregamento incidir exclusivamente sobre o valor das contribuições efetivamente pagas à seguradora ou à EAPC, nos planos de cobertura por sobrevivência, em especial, nos Planos VGBL e PGBL o carregamento poderá ser cobrado:

a) No momento do pagamento do prêmio ou da contribuição.

b) No momento do resgate ou na portabilidade de recursos. Sendo que o carregamento será calculado proporcionalmente ao saldo do valor nominal das contribuições ou prêmios pagos, contido no montante resgatado ou portado. Nesses casos, à época da efetivação do resgate ou da portabilidade, a seguradora ou a EAPC deverá informar ao segurado ou participante, por escrito, quanto do valor resgatado ou portado refere-se ao valor nominal dos prêmios ou contribuições pagas e o respectivo valor do carregamento.

Assistência Financeira

Assistência Financeira

É o empréstimo concedido a titular de plano de benefícios de previdência complementar aberta ou de seguro de pessoas, durante o período anterior à concessão do benefício ou indenização, ou seja, período de diferimento.

É vedada a concessão de assistência financeira a segurado que possua exclusivamente seguro de pessoas estruturado no regime financeiro de repartição, ou seja, aqueles contratos em que não há acumulação de renda para futuro pagamento de benefício.

A contratação da assistência financeira deverá ser feita mediante contrato específico formalizado com o titular do plano.

A legislação vigente *não prevê limitação de taxa de juros* a ser adotada na assistência financeira. Assim, as EAPC ou as sociedades seguradoras poderão adotar taxas mais baixas ou mais altas que as praticadas pelo mercado financeiro, devendo o participante ou segurado comparar as taxas com o mercado financeiro e verificar as melhores condições.

A assistência financeira é aplicável aos seguintes planos:

Previdência Complementar Aberta

a) Cujo evento gerador do benefício seja a morte ou invalidez do próprio participante. Incluem-se nessa modalidade os planos de pecúlio por morte, pensão por morte, pecúlio por invalidez ou renda por invalidez.

b) Cujo evento gerador do benefício seja a sobrevivência do participante ao período de diferimento e que possuam estrutura puramente financeira nesse período. Incluem-se nessa modalidade, entre outros, os planos PGBL´s, PAGP´s – com estrutura financeira no período de diferimento, PRGP´s – com estrutura financeira no período de diferimento e PRSA´s.

Seguro de Pessoas

a) Cujo evento gerador da indenização seja a morte ou invalidez do próprio segurado, sendo o plano estruturado exclusivamente no regime financeiro de capitalização.

b) Cujo evento gerador da indenização seja a sobrevivência do segurado ao período de diferimento e possuam estrutura puramente financeira nesse período. Incluem-se nessa modalidade, os planos VGBL's, VAGP´s – com estrutura financeira no período de diferimento, VRGP´s – com estrutura financeira no período de diferimento e VRSA´s.

São direitos do titular:

a) Receber, no mínimo uma vez por ano, informação sobre o saldo devedor atualizado, bem como informação sobre os procedimentos a serem observados, caso deseje liquidar antecipadamente o valor da dívida assumida no contrato de assistência financeira.

b) Receber ou ter à sua disposição, quando solicitar, as informações indicadas no item anterior, ou quaisquer outras relacionadas ao contrato de assistência financeira, no prazo máximo de 10 (dez) dias a partir da data do protocolo do requerimento junto à EAPC ou à sociedade seguradora.

Atenção: É bom ressaltar que o plano de previdência complementar ou seguro de pessoas não poderá ser cancelado enquanto não forem quitadas todas as contraprestações relativas às assistências financeiras concedidas ao titular do plano.

As contraprestações periódicas da assistência financeira poderão ser quitadas pelo titular por meio de carnê, débito em conta corrente, consignação em folha de pagamento ou outra forma de cobrança legalmente permitida e desde que a mesma esteja claramente estabelecida no contrato de assistência financeira. É permitido ao titular liquidar antecipadamente o contrato de assistência financeira.

As contraprestações da assistência financeira, quando consignadas, deverão ser por meio de códigos específicos na folha de pagamentos, de modo que fiquem segregados os débitos correspondentes ao pagamento das contribuições ou prêmios dos planos de previdência e seguro.

Entretanto, para o pagamento das contraprestações, não quitadas nas respectivas datas de vencimento, ou para a quitação do saldo devedor, as EAPC ou as sociedades seguradoras deverão adotar os procedimentos de resgate automático da provisão matemática de benefícios a conceder referente à cobertura por sobrevivência. Nesse caso, poderão incidir, quando do resgate, o percentual de carregamento, caso esteja previsto no regulamento do plano e os impostos, quando for o caso, a quem e na forma que a lei determinar.

Para os contratos de assistência financeira em planos de previdência privada cujo evento gerador do benefício ou indenização seja a morte ou a invalidez do titular, devem ser estabelecidos prazos de amortização, limitados a 36 (trinta e seis) meses, salvo quanto ocorrer redução da capacidade de pagamento do titular devidamente comprovada junto à EAPC.

No caso de morte ou invalidez do titular, o valor a ser recebido pelo beneficiário deverá ser compensado do valor do saldo devedor existente à época da ocorrência do evento gerador.

É vedado às EAPC e às Sociedades Seguradoras:

a) Ceder ou alienar o contrato de assistência financeira, bem como os direitos dele decorrentes, ressalvada a securitização.

b) Contratar com o mesmo titular mais de uma assistência financeira simultaneamente, exceto nos casos previstos na norma.

c) Cobrar quaisquer despesas, a qualquer título, exceto os referentes aos encargos de juros, multa e atualização monetária, eventuais impostos ou despesas de cobrança relacionadas à operação da assistência financeira.

Microsseguros

Microsseguros

É a proteção para as necessidades específicas das pessoas de baixa renda em troca de pagamentos de prêmios proporcionais ao tipo e ao custo dos riscos envolvidos. O microsseguro é diferente do "seguro popular", uma vez que está direcionado para as necessidades específicas das famílias de baixa renda, enquanto que o seguro popular é para todos os tipos de consumidores e apenas significa seguro de pequenos valores.

Os normativos de microsseguros estabelecem linhas gerais para que os planos proporcionem efetivamente, coberturas securitárias adequadas aos segmentos de baixa renda e aos microempreendedores individuais, utilizando logística e canais de distribuição apropriados. Com esse objetivo, foram estabelecidos parâmetros mínimos a serem observados pelos planos de microsseguros, cujas especificidades foram atribuídas à SUSEP, tais como: tipos de produtos e coberturas, limites máximos de garantia e /ou de capital segurado; prazo máximo para pagamento de indenização; vigência; formas de comercialização e de contratação.

Qual(is) a(s) forma(s) de contratação do Microsseguro?

A contratação do Microsseguro pode ser efetivada mediante emissão de bilhete ou de apólice ou de certificado individual, não sendo admitida mais de uma forma de contratação concomitante para um mesmo plano de microsseguro.

Quais as diferenças entre contratar o microsseguro por meio de bilhete, apólice ou certificado?

A contratação de microsseguro mediante a emissão de apólice (no caso de plano individual de seguro) ou certificado individual (no caso de plano coletivo ou de planos de previdência equiparados a planos de microsseguro) será precedida do preenchimento de proposta, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros/microsseguros.

A proposta também poderá ser assinada por meio de *login* e senha - previamente cadastrados pelo proponente - ou por sua identificação biométrica. Quando intermediada por corretor, a proposta deverá implicar no fornecimento de *login* e senha individualizados para o corretor e para o proponente/contratante.

Outra forma de contratação do Microsseguro é por intermédio de bilhete, sendo feita mediante solicitação verbal do interessado seguida da emissão do bilhete, observadas as informações obrigatórias estabelecidas em norma. Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente efetuada com a utilização de meios remotos.

É vedada a contratação de planos de previdência equiparados aos planos de microsseguro por intermédio de bilhete.

O que seriam meios remotos?

Entende-se por meios remotos aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores (internet pública ou privada), telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

A utilização de meios remotos na contratação de microsseguros deverá garantir ao segurado o acesso irrestrito às informações sobre o plano contratado, com a disponibilização obrigatória pela sociedade seguradora de telefone gratuito de contato de central de atendimento específica em horário comercial, com fornecimento de número de protocolo de atendimento indicando data e hora de contato.

Quais as coberturas que podem ser oferecidas nos Microsseguros?

Os planos de microsseguro poderão ofertar as seguintes coberturas, isoladamente ou em conjunto:

- Coberturas de Pessoas.
- Coberturas de Danos.
- Nos planos de previdência equiparados aos planos de microsseguros, somente poderão ser ofertadas as coberturas de morte e invalidez permanente e total.

I – Coberturas de Pessoas

a) **Morte** – consiste no pagamento do capital segurado/benefício ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme definido nas condições gerais/regulamento ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

b) **Morte acidental** – consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

c) **Reembolso de despesas com funeral (RF)** – consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

d) **Invalidez permanente total por acidente (IPTA)** – consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos na apólice, no certificado individual ou no bilhete, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto.

e) **Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO)** – consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou

odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob a orientação médica e iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto.

f) **Prestamista –** consiste no pagamento de indenização ao credor, em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

Nestes casos, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

g) **Educacional –** consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s)-educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o(s) segurado(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, dos eventos cobertos definidos nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º graus como apoio e incentivo à iniciação profissional.

h) **Diárias por internação hospitalar (DIH) –** consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observadas a franquia e/ou carência, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

i) **Diárias por incapacidade temporária (DIT) –** consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar em tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, de exercer sua profissão ou

ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais, e a franquia e/ou carência, quando previstas.

j) **Desemprego –** consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observado o período de carência, quando previsto.

k) **Doenças graves (DG) –** consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez ou sob a forma de renda em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

l) **Cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou dependentes –** consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes.

m) **Viagem –** consiste no pagamento de indenização, de uma única vez ou sob a forma de renda, ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, em caso de ocorrência de evento coberto, definido nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, dentro do território nacional ou, facultativamente, até 150 (cento e cinquenta) quilômetros da linha de fronteira do Brasil, durante período de viagem previamente determinado, na qual são admitidas as modalidades de:

1. **Morte em viagem –** morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período da viagem.
2. **Invalidez permanente total por acidente em viagem –** invalidez permanente total do segurado provocada por acidente pessoal coberto e ocorrido durante o período da viagem.
3. **Cancelamento de viagens –** consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas com a aquisição de pacotes turísticos e/ou serviços de viagens, com

transporte e hospedagem, em caso de ocorrência de evento coberto que impeça o segurado de viajar, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

4. **Perda de bagagem –** consiste no pagamento de indenização ao segurado, limitada ao capital segurado, no caso de perda, extravio, furto, roubo ou dano de sua bagagem, na forma prevista nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

5. **Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem) –** consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica durante o período da viagem, na forma prevista nas condições gerais ou, se for o caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

6. **Traslado de corpo -** consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento.

II – Coberturas de Danos

a) **Incêndio (inclusive fumaça proveniente de incêndio ocorrido dentro ou fora do terreno onde se localiza o imóvel) –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por incêndio.

b) **Queda de raio –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela queda de raio ocorrida dentro da área do terreno/imóvel onde estiverem localizados os bens segurados.

c) **Explosão –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por explosão de gás, ocorrida dentro da área do terreno/imóvel onde estiverem localizados os bens segurados, contanto que o gás não tenha sido gerado no(s) local(is) segurado(s) ou que este(s) não faça(m) parte de qualquer fábrica de gás.

d) **Danos elétricos –** consiste no pagamento de indenização por perdas e/ou danos físicos diretamente causados a quaisquer máquinas, equipamentos ou instalações eletrônicas ou elétricas devido a variações anormais de tensão, curto-circuito, arco voltaico, calor gerado acidentalmente por eletricidade, descargas elétricas, eletricidade estática ou qualquer efeito ou fenômeno de natureza elétrica, inclusive a queda de raio ocorrida fora do local segurado.

e) **Vendaval (inclusive furacão, ciclone e tornado) e granizo –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela ocorrência de vendaval e/ou granizo.

f) **Desmoronamento total ou parcial (inclusive decorrentes de terremoto, maremoto, alagamento, inundação, ressaca) –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pelo desmoronamento de parede ou de qualquer elemento estrutural (coluna, viga, laje de piso ou de teto) do imóvel segurado.

g) **Alagamento e inundação (inclusive decorrentes de maremoto, ressaca e similares) –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela entrada de água no imóvel segurado, proveniente de aguaceiros, tromba d'água ou chuva, enchentes, água proveniente de ruptura de encanamento, canalização, adutoras e reservatórios, desde que não pertençam ao próprio imóvel segurado, e inundação resultante exclusivamente do aumento de volume de águas de rios navegáveis e canais alimentados naturalmente por esses rios.

h) **Equipamentos eletrônicos –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados aos equipamentos eletrônicos segurados por incêndio, raio, explosão, vendaval, granizo, alagamento, desmoronamento, danos elétricos, roubo e furto qualificado.

i) **Equipamentos não eletrônicos –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados aos equipamentos não eletrônicos segurados por incêndio, raio, explosão, vendaval, granizo, alagamento, desmoronamento, roubo e furto qualificado.

j) **Pagamento de aluguel de equipamento –** consiste no pagamento de indenização equivalente ao aluguel que o proprietário do equipamento segurado tiver que pagar a terceiros, caso

seja obrigado a alugar outro equipamento, em consequência de evento coberto pelo microsseguro.

k) **Perda de renda - equipamento –** consiste no pagamento de indenização pela perda da renda que o segurado deixou de receber pela impossibilidade de continuar trabalhando com o equipamento segurado devido à ocorrência de evento coberto pelo microsseguro.

l) **Roubo e/ou furto qualificado –** consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por roubo ou furto qualificado dos bens de propriedade do segurado no interior do imóvel, pelos prejuízos materiais causados ao imóvel ou seu conteúdo durante a prática do roubo ou furto qualificado, ou mesmo pela sua simples tentativa.

m) **Pagamento de aluguel –** consiste no pagamento de indenização equivalente ao aluguel que o proprietário do imóvel segurado tiver que pagar a terceiros, caso seja obrigado a alugar outro imóvel, em consequência de evento coberto pelo microsseguro, ou equivalente ao aluguel que o segurado-inquilino tiver de pagar a terceiros, pela mesma razão, desde que o contrato de aluguel do prédio não seja rescindido.

n) **Perda temporária de renda –** consiste no pagamento de indenização pela perda da renda que o segurado deixou de receber pela impossibilidade de continuar trabalhando regularmente no imóvel segurado devido à ocorrência de incêndio / raio / explosão, equivalente ao valor declarado quando da contratação do seguro, pago mensalmente durante o tempo de reconstrução do imóvel (ou da parte do imóvel que lhe permita retomar as suas atividades profissionais), limitado ao máximo de 6 (seis) meses consecutivos.

o) **Gastos extras e despesas com documentação –** consiste no pagamento de indenização equivalente às despesas efetuadas para recomposição por perda ou destruição de documentos pessoais e do imóvel ou gastos extras com o sinistro, inclusive sem comprovação, desde que tais despesas sejam decorrentes de evento coberto pelo microsseguro.

p) **Responsabilidade civil familiar –** consiste no reembolso ao segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado

de modo expresso pela seguradora, relativas a reparações por danos involuntários, corporais ou materiais causados a terceiros, durante a vigência do microsseguro, pelo próprio segurado, seu cônjuge, filhos menores que estiverem em seu poder ou em sua companhia, por animais domésticos cuja posse o segurado detenha e pela queda de objetos ou seu lançamento em lugar indevido.

q) **Responsabilidade civil - uso e conservação do imóvel –** consiste no reembolso ao segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expresso pela seguradora, relativas a reparações por danos involuntários, corporais ou materiais causados a terceiros e ocorridos durante a vigência do microsseguro, decorrente de acidentes relacionados com a existência, conservação e uso do imóvel segurado.

r) **Embarcação de pequeno porte - perda total da embarcação –** consiste no pagamento de indenização pelos danos materiais relacionados com a perda total da embarcação, equivalente a prejuízo igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) do seu valor, em decorrência de abalroação, colisão, encalhe ou naufrágio.

s) **Embarcação de pequeno porte - perda de rede de pesca –** consiste no pagamento de indenização pelos danos materiais relacionados com a perda da rede de pesca, cujo prejuízo seja igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) do valor da rede, em decorrência do naufrágio da embarcação ou danos de causas externas durante a operação de pesca.

Quais riscos não estão cobertos pelo microsseguro?

O segurado deve observar os riscos excluídos referentes a cada cobertura contratada, os quais deverão estar relacionados logo após a descrição dos riscos cobertos. As exclusões especificas para cada cobertura estão limitadas às estabelecidas nos artigos 12 e 13 da Circular SUSEP Nº 440/2012.

Quais são os limites máximos de garantia, de capital segurado e/ou de benefício para as coberturas oferecidas em planos de microsseguros?

Os valores de limite máximo de garantia, de capital segurado e/ou de benefício para as coberturas oferecidas em planos de microsseguro deverão observar os seguintes limites máximos individuais por cobertura:

Microsseguros

COBERTURAS DE PESSOAS	
Morte	R$ 30.000,00
Morte Acidental	R$ 30.000,00
Reembolso de Despesas com Funeral (RF)	R$ 4.000,00
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	R$ 30.000,00
Despesas Médicas, Hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO)	R$ 3.000,00
Prestamista	R$ 30.000,00
Educacional	R$ 30.000,00
Diárias por Internação Hospitalar (DIH)	Diária de R$ 50,00
Diárias por Incapacidade Temporária (DIT)	Diária de R$ 50,00
Desemprego	Renda mensal de R$ 1.000,00
Doenças Graves (DG)	R$ 30.000,00
Cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes	Os mesmos valores de limite máximo de garantia, capital segurado e benefício fixados para o segurado principal;
Morte em viagem	R$ 30.000,00
Invalidez permanente total por acidente em viagem	R$ 30.000,00
Cancelamento de viagens	R$ 2.000,00 para viagens nacionais e R$ 5.000,00 para viagens internacionais
Perda de bagagem	R$ 1.000,00, incluindo mala e conteúdo
Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem)	R$ 3.000,00
Traslado de corpo	R$ 300,00 com adicional de R$ 2,00 por quilômetro para remoções fora do município

COBERTURAS DE DANOS	
Imóveis de moradia	R$ 80.000,00
Imóveis de moradia com atividades de microempreendedor	R$ 107.000,00
Imóveis que abrigam somente atividades de microempreendedor	R$ 160.000,00
Equipamentos relacionados com as atividades de microempreendedor, quando oferecidos isoladamente	R$ 10.000,00
Responsabilidade civil relacionada com a moradia ou com a atividade do microempreendedor, quando oferecidos isoladamente	R$ 10.000,00
Responsabilidade civil relacionada com a atividade do microempreendedor, quando oferecidos isoladamente	R$ 10.000,00
Embarcação de pequeno porte – fonte de trabalho e renda	R$ 20.000,00

Nos planos de previdência equiparados aos planos de microsseguro, os limites máximos de benefício para as coberturas de morte e invalidez permanente e total são iguais a **R$ 30.000,00** (trinta mil reais).

De que forma poderei provar a contratação de um plano de Microsseguro?

O contrato de microsseguro prova-se com a exibição do bilhete, ou da apólice individual ou do certificado individual, e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio/contribuição ou por confirmação de quitação do prêmio/contribuição de microsseguro enviada pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar ou seu representante com a utilização de meios remotos.

Quando terei acesso às Condições Gerais do Microsseguro?

O proponente ou seu representante legal deverá ter acesso à cópia integral das condições gerais ou do regulamento e, se for o caso, das condições especiais do plano de microsseguro por ocasião da assinatura da proposta individual, podendo ser disponibilizada com a utilização de meios remotos mediante concordância do proponente ou de seu representante legal registrada na proposta de microsseguro.

De posse do número do processo SUSEP do plano de microsseguro, o segurado também poderá consultar as Condições Contratuais no portal da SUSEP, no link:

http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/consulta-publica-de-produtos-1

Qual é o prazo para pagamento da indenização?

O prazo máximo para o pagamento da indenização ou do benefício é de ***10 (dez) dias corridos*** contados a partir da entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar ou seu representante.

Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios deverão estar à disposição da família do segurado no prazo máximo de ***24 (vinte e quatro) horas*** a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônica da sociedade seguradora.

Os Planos de Microsseguros podem contemplar a prestação de serviços de assistência?

Sim. Os planos de microsseguro poderão contemplar a prestação de serviços de assistência, os quais deverão estar previstos em documento próprio, apartado dos documentos contratuais do plano de microsseguro.

A prestação de serviços de assistência estará vinculada ao período de vigência do microsseguro e configurada no documento apartado.

Destaca-se que a prestação de serviço de assistência vinculado ao plano de microsseguro não poderá:

- Prever pagamento em espécie ou reembolso ao segurado/participante, sob qualquer forma.
- Ter seu custo (caso haja) cobrado de forma agregada ao prêmio comercial/à contribuição.
- Ser prestado diretamente pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar.

É proibida a contratação de serviços de assistência financeira vinculada aos planos de previdência equiparados aos planos de microsseguros.

Título de Capitalização

Título de Capitalização

O título de capitalização é uma forma de acumulação de ***parte*** do dinheiro aplicado pela qual o subscritor constitui um capital, segundo cláusulas e regras aprovadas e mencionadas no próprio título (condições gerais), que será pago em moeda corrente num prazo máximo estabelecido.

É muito comum que o título também ofereça a possibilidade de o subscritor participar de sorteios com prêmios em dinheiro. O título de capitalização só pode ser comercializado pelas sociedades de capitalização devidamente autorizadas a funcionar.

Glossário

Atualização monetária: procedimento utilizado para tentar manter atualizados os valores do saldo de capitalização e o valor das mensalidades, de forma que se busque compensar perdas inflacionárias, segundo índices oficiais.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo título de capitalização, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade de capitalização, do titular, e do subscritor. As sociedades de capitalização encaminham à SUSEP as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial dos títulos de capitalização a serem por elas comercializados, para análise e aprovação.

Cota de Carregamento: montante deduzido das parcelas mensais (títulos de pagamento mensal) ou da cota única (títulos de pagamento único) para cobrir os custos de despesas com corretagem, colocação e administração do Título de Capitalização, emissão, divulgação, atendimento ao cliente, desenvolvimento de sistema, lucro da sociedade de capitalização e cota de contingência, quando for o caso, conforme definido na Nota Técnica Atuarial e determinado nas Condições Gerais do título.

Cota de Sorteio: parte da mensalidade destinada a custear os sorteios.

Juros: taxa que remunera a parte da mensalidade destinada a formar o Capital ou Provisão Matemática de Resgate ou, ainda, o saldo de capitalização. A taxa de juros de cada plano deverá constar, obrigatoriamente, nas Condições Gerais de cada título.

Nota Técnica Atuarial: é a descrição do plano por meio de bases técnicas, hipóteses e formulações atuariais (cálculos estatísticos, matemáticos e financeiros), submetida à SUSEP para aprovação. Esse documento deve ser assinado por profissional da área atuarial registrado no órgão de classe e credenciado junto a SUSEP.

Prazo de pagamento: período em que devem ser pagas as parcelas ou mensalidades dos títulos, podendo ser diferente do prazo de vigência ou de capitalização.

Prazo de vigência: período em que o título de capitalização está em vigor, capitalizando parte das mensalidades pagas e dando a seu detentor o direito aos sorteios existentes.

Proposta: formulário a ser preenchido no ato da venda do título com os dados do subscritor e do titular, destinados à empresa de capitalização. As sociedades de capitalização deverão informar, nas condições gerais e na proposta de subscrição, *os percentuais que representam as cotas de sorteio, de carregamento e de capitalização*, ficando a SUSEP autorizada a dispensar a exigência da emissão de proposta de subscrição, quando se tratar de captação de poupança popular.

Provisão matemática: é o valor constituído a partir da parcela (cota de capitalização) incidente sobre cada mensalidade e que irá formar o valor de resgate do título. É somente sobre essa provisão que se aplicam juros e atualização monetária - e não sobre o total das mensalidades pagas.

Subscritor: é a pessoa que assina a proposta de aquisição do título, assumindo o compromisso de efetuar o pagamento na forma estabelecida nas condições gerais.

Titular: é a pessoa que terá os direitos relativos ao título, tais como o resgate e o sorteio.

Como é feita a contratação de um título?

Ela pode ser realizada de diferentes formas. A primeira - e mais conhecida - é por meio de preenchimento e assinatura da proposta. A assinatura representa a concretização da aquisição do título. Existem outras formas, tais como por terminais de autoatendimento ou pela internet. Nesses canais, não há assinatura formal do cliente. É importante destacar, no entanto, que as Condições Gerais completas deverão ser disponibilizadas ao subscritor, assim como todas as demais informações acessórias ao produto, *previamente à aquisição do título ou ao preenchimento da Ficha de Cadastro*, quando existente.

O título de capitalização, contendo suas Condições Gerais, juntamente com as informações complementares mencionadas antes, deverá ser disponibilizado efetivamente ao titular ou ao subscritor em, no máximo, 15 (quinze) dias após a respectiva data de início de vigência.

A disponibilização efetiva do título deve compreender a possibilidade de obtenção de sua versão impressa e das respectivas informações complementares, na cidade de domicílio do subscritor e do titular, devendo ser realizada sem custos adicionais que sejam revertidos direta ou indiretamente para a sociedade de capitalização.

Os títulos de capitalização poderão ser contratados via canais remotos, desde que a sociedade de capitalização disponibilize, imediatamente, a confirmação da contratação ao subscritor; e encaminhe, em até 15 (quinze) dias após a data do início de vigência, o Título de Capitalização ao titular ou disponibilize efetivamente, no momento da contratação, o Título de Capitalização e suas Condições Gerais.

Qualquer material de promoção referente aos títulos de capitalização deverá apresentar sempre, em destaque, a seguinte mensagem:

"É proibida a venda de título de capitalização a menores de dezesseis anos. - Art. 3º, do Código Civil."

Pode-se adquirir um título para outra pessoa?

Sim. Aliás, o subscritor, que é a pessoa que adquire o título e assume o dever de efetuar os pagamentos, pode desde que comunique por escrito à sociedade, a qualquer momento, e não somente no ato da contratação, definir quem será o titular, isto é, quem terá os direitos

Quais os tipos de título disponíveis no mercado?

relativos ao título, tais como o resgate e o sorteio. É claro que subscritor e titular podem ser a mesma pessoa, isto é, a pessoa que paga é a mesma que possui os direitos previstos no título.

Relativamente à forma de custeio, os títulos de capitalização poderão ser do tipo Pagamentos Periódicos (PP), Pagamentos Mensais (PM), ou do tipo Pagamento Único (PU), sendo observadas as disposições específicas de cada modalidade.

a) Define-se como Pagamentos Mensais (PM) o título que prevê a realização de um pagamento, a cada mês da respectiva vigência.

b) Define-se como Pagamentos Periódicos (PP) o título em que não há correspondência entre o número de pagamentos e o número de meses de vigência, sendo prevista a realização de mais de um pagamento.

c) Define-se como Pagamento Único (PU) o título que prevê a realização de um único pagamento.

É vedada a cobrança de quaisquer valores do subscritor e/ou titular com finalidade de inscrição, cadastro ou transferência do título, independentemente de sua denominação.

Quais as modalidades de título disponíveis no mercado?

Existem quatro modalidades de títulos de capitalização:

a) **Modalidade I: Tradicional**

Tem por objetivo restituir ao titular, ao final do prazo de vigência, no mínimo, o valor total dos pagamentos efetuados pelo subscritor, desde que todos os pagamentos previstos tenham sido realizados nas datas programadas.

b) **Modalidade II: Compra Programada**

Nesta modalidade a sociedade de capitalização garante ao titular, ao final da vigência, o recebimento do valor de resgate em moeda corrente nacional, sendo disponibilizada ao titular a faculdade de optar, se este assim desejar, e sem qualquer outro custo, pelo recebimento do bem ou serviço referenciado na ficha de cadastro, subsidiado por acordos comerciais celebrados com indústrias, atacadistas ou empresas comerciais.

As condições relativas ao bem ou serviço referenciado deverão ser informadas ao subscritor em material apartado

das Condições Gerais.

Ao final do prazo de vigência, a provisão matemática para resgate deverá corresponder, no mínimo, ao valor total dos pagamentos efetuados pelo subscritor, desde que todos os pagamentos tenham sido realizados nas datas programadas.

c) Modalidade III: Popular

Tem por objetivo propiciar a participação do titular em sorteios, sendo que ao final da vigência será devolvido ao titular valor inferior ao total dos valores pagos.

Não é obrigatório o preenchimento da ficha de cadastro, no ato da subscrição do título.

As Condições Gerais e a ficha de cadastro, quando prevista, deverão conter, em destaque, a seguinte mensagem:

"Este título restituirá ao final de sua vigência valor inferior ao total dos pagamentos efetuados. A contratação deste título é apropriada principalmente na hipótese do subscritor estar interessado em participar dos sorteios. Consulte a tabela de resgate para observar a evolução do percentual de resgate, de acordo com os meses de vigência do título."

Esta modalidade é a geralmente utilizada quando há a cessão do direito de resgate por parte do subscritor a alguma entidade.

Esta cessão é permitida ao comprar o título. O subscritor deve estar plenamente ciente de que está fazendo a cessão do direito do resgate a uma entidade – e, muito importante, ele, o subscritor, tem de saber previamente qual é esta entidade beneficiada pelo resgate.

d) Modalidade IV: Incentivo

Nesta modalidade o título está vinculado a um evento promocional de caráter comercial instituído pelo subscritor, que para tanto, deverá ceder gratuitamente o direito de participação nos sorteios, e facultativamente, do direito de resgate.

O evento de incentivo deve ser mencionado em material apartado das Condições Gerais.

O evento promocional somente poderá estar vinculado à pessoa jurídica (empresa) para alavancar as vendas de seus produtos ou aquisição de seus serviços.

Prazo de vigência é o mesmo que prazo de pagamento?

Não. Prazo de pagamento é o período durante o qual o subscritor compromete-se a efetuar os pagamentos que, em geral, são mensais e sucessivos. Outra possibilidade, como colocado anteriormente, é a de o título ser de pagamento único (PU). Já o prazo de vigência é o período durante o qual o título de capitalização está sendo administrado pela sociedade de capitalização, sendo o capital relativo ao título atualizado monetariamente, em geral, pela TR (ou outra taxa de indexação informada no plano), e capitalizado pela taxa de juros informada nas condições gerais. O prazo de vigência não poderá ser inferior a 12 (doze) meses e deverá ser igual ou superior ao período de pagamento.

Como são realizados os sorteios?

É facultada à sociedade de capitalização a utilização dos resultados de loterias oficiais para a geração dos seus números sorteados. Caso a sociedade opte por não utilizá-los, ou se as loterias oficiais não se realizarem, a sociedade de capitalização se obriga a realizar sorteios próprios com ampla e prévia divulgação aos titulares, prevendo, inclusive, livre acesso aos participantes e a presença de auditores independentes.

As condições gerais do título deverão prever a forma de atribuição e apuração dos números em razão dos sorteios, além de definir os múltiplos dos prêmios dos sorteios. Tais múltiplos se referem ao valor do pagamento, ou seja, num título de valor de pagamento igual a R$100,00 (cem reais), se o prêmio do sorteio for de 40 (quarenta) vezes o pagamento, ao título sorteado caberá R$ 4.000,00 (quatro mil reais) (40 x R$ 100,00). Porém, deverá ser informado se este valor é bruto (sobre o qual incidirá Imposto de Renda) ou se já é livre de impostos.

O título sorteado poderá permanecer em vigor ou não, segundo o que estiver disposto nas Condições Gerais. Porém, o fato de um título ser ou não sorteado em nada alterará o seu capital para resgate.

No caso de título em que haja a cessão do direito de resgate, cujos sorteios sejam apresentados na televisão, a informação da cessão deverá constar em texto apresentado durante a transmissão e comunicado pelos apresentadores, durante a realização dos sorteios e nas campanhas publicitárias.

Finalizando, um título de capitalização não deverá obrigatoriamente prever sorteios, mas como os prêmios do sorteio são custeados

pelos próprios títulos, em geral, quanto maiores forem os prêmios, menores serão as cotas de capitalização, isto é, menor será a parcela do pagamento destinada a compor o capital de resgate do título.

Nas Condições Gerais do Título de Capitalização deverá constar sempre em destaque, no mínimo:

a) Glossário com as definições de subscritor, titular, capital, capital nominal;

b) Percentuais de sorteio e de carregamento.

Acumular dinheiro por meio de um Título de Capitalização é o mesmo que aplicar em poupança? Formará, em situação semelhante, o mesmo capital?

Não. Título de capitalização não é a mesma coisa que Caderneta de Poupança. O Título de Capitalização é um produto comercializado somente pelas sociedades de capitalização, por meio de planos que são previamente aprovados pela SUSEP.

Seu capital de resgate, nos títulos que preveem atualização pela TR, *será sempre inferior* ao capital constituído por aplicações idênticas na Caderneta de Poupança, já que, dos pagamentos efetuados num título, desconta-se uma parte para custear as despesas administrativas das sociedades de capitalização (carregamento) e, quando há sorteios, uma parcela para custear as premiações (cota de sorteio).

Quais os índices que podem ser adotados para atualização dos valores inerentes ao título de capitalização?

Nas Condições Gerais do Título, faculta-se às sociedades de capitalização estabelecer o livre pacto entre as partes do percentual do índice de atualização a ser aplicado aos Pagamentos Periódicos (PP) ou Pagamentos Mensais (PM), a cada período de 12 (doze) meses.

Os seguintes índices podem ser pactuados para a atualização de valores relativos às operações de capitalização:

a) Índice Nacional de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - INPC/IBGE.

b) Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE.

c) Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV;

d) Índice Geral de Preços - Disponibilidade Interna/ Fundação Getúlio Vargas - IGP-DI/FGV.

e) Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio

Vargas - IPC/FGV;

f) Índice de Preços ao Consumidor/ Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo - IPC/FIPE.

g) Índice Nacional de Custo da Construção/ Fundação Getúlio Vargas – INCC/FGV, exclusivamente para os produtos relacionados à construção civil.

Exclusivamente para os Títulos de Capitalização, *a atualização das provisões poderá, facultativamente, ser efetuada adotando-se o índice de atualização monetária da Caderneta de Poupança.*

As Condições Gerais e a ficha de cadastro, quando prevista, deverão, nos casos em que a Taxa de Remuneração Básica aplicada às cadernetas de poupança (TR) for utilizada como índice de atualização da provisão matemática para resgate, conter a seguinte mensagem e em destaque:

"O capital formado neste título será atualizado pela Taxa de Remuneração Básica aplicada às cadernetas de poupança (TR), que corresponde ao rendimento das cadernetas de poupança sem a parcela de juros mensais."

Nas Condições Gerais do Título de Capitalização deverá constar sempre em destaque, o critério de atualização de valores, com a indicação do índice utilizado.

Os títulos que, ao final do prazo de vigência, estabelecem capital de resgate de 100% (ou mais) em relação aos pagamentos efetuados, além de atualização monetária pela TR, não formarão no título de capitalização o mesmo capital comparado com a caderneta de poupança?

Não. O capital formado na caderneta de poupança é calculado sobre a totalidade dos depósitos e incluem a variação da TR, além de juros de 0,5% (cinco décimos por cento) ao mês para os depósitos feitos até 03/05/12, ou 70% (setenta por cento) da Taxa Selic para os depósitos feitos a partir de 04/05/12 - se a taxa Selic for inferior ou igual a 8,5% (oito inteiros e cinco décimos por cento) ao ano. No caso dos títulos de capitalização, há também variação pela TR (ou outro indexador) e juros mensais especificado nas Condições Gerais do produto, mas esses não incidem sobre a totalidade dos pagamentos. Ao prever um resgate de 100% (cem por cento), ou mais, este já inclui a taxa de juros, restando apenas atualização pela TR (ou outro indexador). Dizer que há atualização pela TR não significa dizer que o capital formado será igual ao que seria constituído por meio da caderneta de poupança.

Como se faz para acompanhar a evolução do capital constituído?

As Condições Gerais deverão estabelecer a obrigatoriedade da sociedade de capitalização prestar ao titular da provisão matemática para resgate as informações necessárias ao acompanhamento dos valores inerentes ao título, bem como emitir e remeter extratos individuais ao mesmo, no mínimo uma vez a cada ano, durante a vigência do título, ou disponibilizar as informações através da mídia impressa ou eletrônica ou mediante outro canal de comunicação, devendo conter, no mínimo, o valor do resgate atualizado.

Caso as informações sejam fornecidas por extratos, a periodicidade de remessa desses extratos deverá constar nas Condições Gerais do título.

Independentemente da emissão de extratos, a sociedade de capitalização deverá prestar informações relativas ao título, sempre que solicitadas pelo subscritor ou titular.

No caso de títulos de capitalização de Pagamentos Periódicos (PP) ou Pagamentos Mensais (PM) com prazo de vigência de 12 (doze) meses, deverá ser observada a periodicidade máxima semestral para o envio de extratos, quando previstos.

Como é estruturado um Título de Capitalização?

Os títulos de capitalização deverão ser estruturados com prazo de vigência igual ou superior a 12 (doze) meses e em séries cujo tamanho deve ser informado no próprio título.

Por exemplo, uma série de 100.000 (cem mil) títulos poderá ser adquirida por até 100.000 (cem mil) clientes diferentes, que são regidos pelas mesmas condições gerais e, se for o caso, concorrerão ao mesmo tipo de sorteio.

O título prevê pagamentos a serem realizados pelo subscritor. Cada pagamento apresenta, em geral, três componentes: cota de capitalização, cota de sorteio e cota de carregamento.

Como é formado o capital a ser resgatado?

O capital a ser resgatado origina-se do valor que é constituído pelo título com o decorrer do tempo a partir dos percentuais dos pagamentos efetuados, com base nos parâmetros estabelecidos nas Condições Gerais. Este montante que vai sendo formado denomina-se provisão matemática e é, portanto, a base de cálculo para o valor a que o titular terá direito ao efetuar o resgate do seu título. A provisão

matemática é atualizada pelo índice do plano e sofre a aplicação da taxa de juros definida nas Condições Gerais.

Na Modalidade Tradicional: é vedada a utilização da Taxa de Remuneração Básica aplicada às cadernetas de poupança (TR) como índice de atualização monetária da provisão matemática para resgate.

A taxa de juros efetiva mensal utilizada para remuneração do título e/ou sua equivalente anual, com exceção das modalidades Popular e Incentivo, deverá corresponder a, no mínimo, 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e deverá constar da Nota Técnica Atuarial e das Condições Gerais do Título de Capitalização.

Nas Modalidades Popular e Incentivo - a taxa de juros efetiva mensal utilizada para remuneração do título e/ou sua equivalente anual deverá corresponder a, no mínimo, 0,08% (oito centésimos por cento) e deverá constar da Nota Técnica Atuarial e das Condições Gerais do Título de Capitalização.

Para os títulos comercializados até 21/12/2012, caso haja alteração na taxa de juros aplicada às Cadernetas de Poupança, e sendo esta menor que a taxa de juros utilizada para a elaboração da Tabela de Resgate apresentada na Nota Técnica Atuarial e nas Condições Gerais e do Título, fica facultada a utilização desta última nos critérios matemáticos de constituição das provisões técnicas do plano. (art. 4º da circ. SUSEP Nº 459/2012).

A sociedade de capitalização em hipótese alguma poderá se apossar do capital, podendo apenas estabelecer um percentual de desconto (penalidade), não superior a 10% (dez por cento), nos casos de resgate antecipado, isto é, quando o resgate for solicitado pelo titular antes de concluído o período de vigência. Na hipótese de resgate após o prazo de vigência, ou se for previsto obrigatoriamente quando o título for sorteado, o capital resgatado corresponderá à integralidade (100%) da provisão matemática.

O título pode ser resgatado a qualquer momento?

Não. Alguns títulos preveem prazo de carência, isto é, um período inicial em que o capital fica indisponível ao titular. Se o titular solicitar o resgate durante o período de carência, ou se o título for cancelado, o resgate (recebimento do dinheiro) só poderá acontecer efetivamente após o encerramento do período de carência. Conforme já explicado,

em casos de resgate antecipado, faculta-se à sociedade de capitalização estipular uma penalidade de até 10% (dez por cento) do capital constituído.

Outra possibilidade: o título prever resgate parcial, isto é, resgata-se uma parte do capital constituído, valendo inclusive a aplicação de penalidade limitada novamente a 10% (dez por cento).

O título de capitalização deverá informar nas suas Condições Gerais, normalmente na forma de uma tabela, os percentuais do capital constituído a que o titular terá direito em função do número de pagamentos realizados.

Na hipótese de resgate antecipado, a sociedade de capitalização deverá restituir, no mínimo, os seguintes percentuais aplicados ao valor da respectiva provisão matemática:

RESGATE ANTECIPADO	PERCENTUAL MÍNIMO
Até o final do 6º mês	90%
A partir do 7º mês até o 24º mês	95%
A partir do 25º mês até do prazo de vigência	95%
A partir de 3/4 do prazo de vigência	100%

Para efeito de aplicação do percentual ao qual se refere o parágrafo anterior, deverá ser considerada a data em que o pagamento será efetivamente disponibilizado ao titular, qualquer que tenha sido a data da solicitação do resgate antecipado.

Ao resgatar o título no final do prazo de vigência, se recebe tudo o que foi pago?

A resposta irá variar de plano para plano. Exceto para modalidade tradicional, não há obrigação prevista em norma para que o resgate seja igual ao montante pago. Cada empresa define no seu plano o percentual, em relação aos pagamentos realizados, que será restituído ao titular quando do resgate. O consumidor, antes de assinar a proposta, deverá observar, nas Condições Gerais do Título, tabela que discrimine o percentual de resgate em função do prazo de vigência do

Título, considerando-se todos os pagamentos previstos e demais parâmetros de cálculo, especificando eventuais fatores de redução para resgates antecipados.

O resgate é sempre inferior ao valor total que foi pago?

Não. Alguns planos possuem, ao final do prazo de vigência, um percentual de resgate igual ou até mesmo superior a 100% (cem por cento). Por exemplo: 100% (cem por cento) significa que o titular receberia, ao final do prazo de vigência, tudo o que pagou, além da atualização monetária.

O que representam as cotas que compõem um Título?

As cotas de capitalização representam o percentual de cada pagamento que será destinado à constituição do capital. Em geral, não representam a totalidade do pagamento, pois, como foi dito anteriormente, há também uma parcela destinada a custear os sorteios e outra destinada aos carregamentos da sociedade de capitalização.

Tabela com as Cotas de Capitalização para Título com previsão de sorteios

Forma de pagamento	Prazo de vigência	Mês de Vigência			
		1º	2º	3º	4º
PU (Modalidade Incentivo ou Popular)	12 meses	**No mínimo 50%**			
PU (Modalidade Incentivo ou Popular)	Superior a 12 meses	**No mínimo 70%**			
PU	Qualquer	**No mínimo 70%**			
PM	Qualquer	**No mínimo 10%**	**No mínimo 10%**	**No mínimo 10%**	**70% até o final**
PP	Qualquer	**No mínimo 10%**	**No mínimo 10%**	**No mínimo 10%**	**70% até o final**

=> Forma de Pagamentos: Periódicos (PP), Pagamentos Mensais (PM) ou de Pagamento Único (PU).

Porém, os títulos com forma de pagamento PM ou PP ainda deverão satisfazer a seguinte condição: a média aritmética do percentual de capitalização de todos os pagamentos, até o final da vigência do Título,

deverá corresponder a, no mínimo, 70% (setenta por cento), qualquer que seja o prazo de vigência do Título.

Cabe destacar que *nos títulos em que não haja sorteio*, os percentuais destinados à formação da provisão matemática deverão corresponder, no mínimo, *a 98% (noventa e oito por cento) de cada pagamento*.

As cotas de sorteio têm como finalidade custear os prêmios que são distribuídos em cada série. Por exemplo, se numa série de 100.000 (cem mil) títulos com pagamento único, os prêmios de sorteios totalizarem 10.000 (dez mil) vezes o valor deste pagamento, a cota de sorteio será de 10% (10.000/100.000), isto é, cada título colabora com 10% (dez por cento) de seu pagamento para custear os sorteios.

Percentuais de cota de sorteio, de acordo com a modalidade do título de capitalização, conforme regulamentação em vigor

Modalidade	Forma de pagamento	Cota de Sorteio (Custo com Sorteios)
Tradicional	PP, PM ou PU	No máximo 15% do total dos pagamentos
Compra Programada	PP, PM ou PU	No máximo 15% do total dos pagamentos
Popular	PP, PM ou PU	No mínimo 5% e no máximo 25% dos pagamentos efetuados
Incentivo	PP, PM ou PU	No máximo 25% do custo total do título.

As cotas de carregamento deverão cobrir os custos com reservas de contingência e despesas com corretagem, colocação e administração do Título de Capitalização, além dos custos de seguro e de pecúlio, se previsto nas Condições Gerais do mesmo.

Para encerrar, daremos um exemplo: suponha que, num título com pagamentos mensais no valor de R$ 100,00 (cem reais) cada, o quarto pagamento apresente as seguintes cotas:

Cota de capitalização: 75%

Cota de sorteio: 15%

Cota de carregamento: 10%

Então, R$ 75,00 (setenta e cinco reais) serão destinados para compor o capital, R$ 15,00 (quinze reais) serão destinados para o custeio dos sorteios e R$ 10,00 (dez reais) serão destinados à sociedade de capitalização.

Os valores dos pagamentos são fixos?

Nos planos com vigência igual a 12 (doze) meses, os pagamentos são obrigatoriamente fixos. Já nos planos com vigência superior, e com pagamentos periódicos (PP) ou Pagamentos Mensais (PM) é *facultada* a atualização dos pagamentos, a cada período de 12 (doze) meses, por aplicação de um índice oficial.

Faculta-se às sociedades de capitalização, nas Condições Gerais do Título, estabelecerem o livre pacto entre as partes *do percentual do índice de atualização* a ser aplicado aos Pagamentos Periódicos (PP) ou Pagamentos Mensais (PM), a cada período de 12 (doze) meses.

O que acontece se houver atraso nos pagamentos?

Cada título define o procedimento em relação aos pagamentos em atraso. Alguns estipulam multa moratória e atualização monetária para pagamentos após a data de vencimento. Outros títulos, apenas atualização monetária. Já alguns simplesmente prorrogam a vigência em razão de atrasos. Porém, em qualquer hipótese anteriormente citada, os títulos que estão em atraso são suspensos, não possuindo direito aos sorteios durante o prazo de suspensão. Além disso, na ocorrência de um determinado número consecutivo (definido em cada título) de pagamentos em atraso, o título será automaticamente cancelado. Porém, mesmo assim, o titular terá direito ao capital formado para resgate, depois de encerrado o prazo de carência.

É vantagem adquirir um Título de Capitalização?

A resposta para esta pergunta é pessoal. O consumidor deverá ponderar as vantagens e desvantagens. As grandes vantagens seriam os sorteios e a obrigação de "poupar", com o objetivo de não atrasar os pagamentos. As grandes desvantagens são: capital constituído ser sempre inferior se comparado ao da Caderneta de Poupança *nos títulos atualizados pela TR*, eventual prazo de carência, proibição de depósitos aleatórios e penalidade em caso de resgate antecipado, isto é, antes de encerrado o prazo de vigência (alguns títulos não preveem tal penalidade).

Normas Básicas

Normas Básicas

Para maiores esclarecimentos, acessar o site da SUSEP ou consultar as seguintes normas:

TIPO/PRODUTO	MAIS ORIENTAÇÕES	NORMAS
Seguro	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/glossario	Decreto Lei Nº 73/66
		Resolução CNSP Nº 285/2013
		Circular SUSEP Nº 395/2009
Seguro de Automóveis	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/seguro-de-automoveis	Circular SUSEP Nº 269/2004
		Circular SUSEP Nº 256/2004
Seguro Residencial	http://www.susep.gov.br/setores-susep/cgpro/coseb/Seguros_Compreensivos.pdf	Circular SUSEP Nº 321/2006
		Circular SUSEP Nº 256/2004
Seguro DPVAT	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat	Lei Nº 6.194, de 19/121974, com as alterações introduzidas pela Lei Nº 8.441, de 13/07/1992, pela Lei Nº 11.482, de 31/05/2007, e Lei Nº 11.945, de 04/06/2009

Normas Básicas

TIPO/PRODUTO	MAIS ORIENTAÇÕES	NORMAS
Seguro DPVAT	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/dpvat	Resolução CNSP Nº 273/2012
Seguro Garantia Estendida	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/seguro-de-garantia-estendida-1	Resolução CNSP Nº 332/2015
Seguro de Pessoas	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/seguros/seguro-de-pessoas	Decreto Lei Nº 73/66
		Resolução CNSP Nº 117/2004
		Circular SUSEP Nº 302/2005
		Circular SUSEP Nº 317/2006
Seguro Habitacional	-	Resolução CNSP Nº 205/2009
		Circular SUSEP Nº 400/2010
		Circular SUSEP Nº 111/1999

Normas Básicas

TIPO/PRODUTO	MAIS ORIENTAÇÕES	NORMAS
Capitalização	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/capitalizacao	Resolução CNSP Nº 15/91
		Circular SUSEP Nº 365/2008
		Circular SUSEP Nº 459/2012
Previdência Complementar Aberta (Benefício de Risco)	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/previdencia-complementar-aberta	Lei Complementar Nº 109/2001
		Resolução CNSP Nº 201/2008
		Circular SUSEP Nº 418/2011
Planos PGBL	http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/perguntas-mais-frequentes-sobre-planos-por-sobrevivencia-pgbl-e-vgbl http://www.susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/calculo-pgbl	Lei Complementar Nº 109/2001
		Resolução CNSP Nº 139/2005
		Circular SUSEP Nº 338/2007

Normas Básicas

TIPO/PRODUTO	MAIS ORIENTAÇÕES	NORMAS
Planos VGBL	http://www.susep.gov.br/setores-susep/seger/coate/perguntas-mais-frequentes-sobre-planos-por-sobrevivencia-pgbl-e-vgbl http://www.susep.gov.br/menu/servicos-ao-cidadao/calculo-vgbl	Decreto Nº 3.633/2000
		Resolução CNSP Nº 140/2005
		Circular SUSEP Nº 339/2007
Assistência Financeira	-	Circular SUSEP Nº 320/2006
		Circular SUSEP Nº 423/2011
Microsseguros	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/microsseguros-1	Resolução CNSP Nº 244/2011
		Circular SUSEP Nº 440/2012
		Circular SUSEP Nº 439/2012
Estipulante	http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/glossario	Resolução CNSP Nº 107/2004

TIPO/PRODUTO	MAIS ORIENTAÇÕES	NORMAS
Meios Remotos	-	Decreto Nº 7.962, de 15/03/2013
		Resolução CNSP Nº 294/2013

Endereços, telefones e horários

O atendimento ao público é prestado nos dias úteis, ininterruptamente, das 9:00 às 17:00, pela SEATE - Seção de Atendimento ao Público - na Sede da Autarquia e em suas unidades regionais.

ATENÇÃO: Esclarecimentos e orientações a corretores de seguros, pessoa física ou jurídica, sobre a tramitação e/ou o cumprimento de exigências relativos a pedidos de registro ou de alteração cadastral serão prestados exclusivamente pelo e-mail corretores@susep.gov.br.

Disque SUSEP - 0800 021 8484

RIO DE JANEIRO (SEDE)
Av. Presidente Vargas, 730 - Centro
Rio de Janeiro - RJ
CEP 20071-900
Telefone: (21) 3806-9801

BRASÍLIA
Setor Bancário Sul, Quadra 1 - BL.K
13º andar - Ed. Seguradora
CEP 70093-900
Tel: (61) 3105-4400
Fax: (61) 3105-4404

SÃO PAULO
Rua Formosa, 367 - 26º andar
Edificio CBI
São Paulo
CEP 01049-000
Tel: (11) 3224-5000
Fax: (11) 3224-5005

RIO GRANDE DO SUL
Rua Coronel Genuíno, 421 - 11º andar
Centro Histórico - Porto Alegre
CEP 90010-350
Tel: (51) 3213-1400
Telefax: (51) 3212-6712