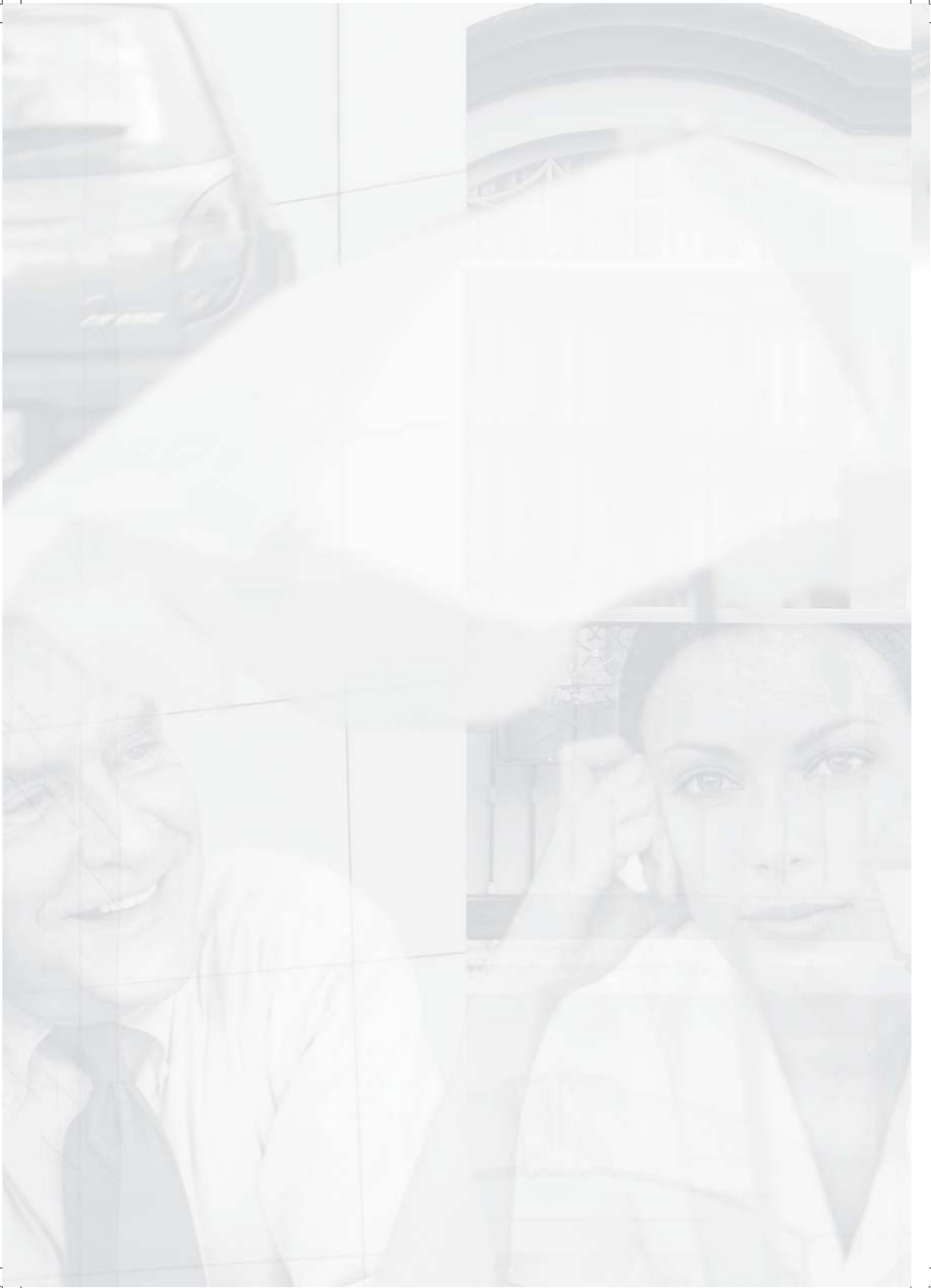
The background of the page is a faded, light blue-tinted image. On the left, the front of a dark-colored car is visible. On the right, a woman is shown from the chest up, wearing a white lab coat and holding a mobile phone to her ear. The overall composition is framed by a thin grid of lines and corner brackets.

Guia de Orientação e Defesa do Segurado

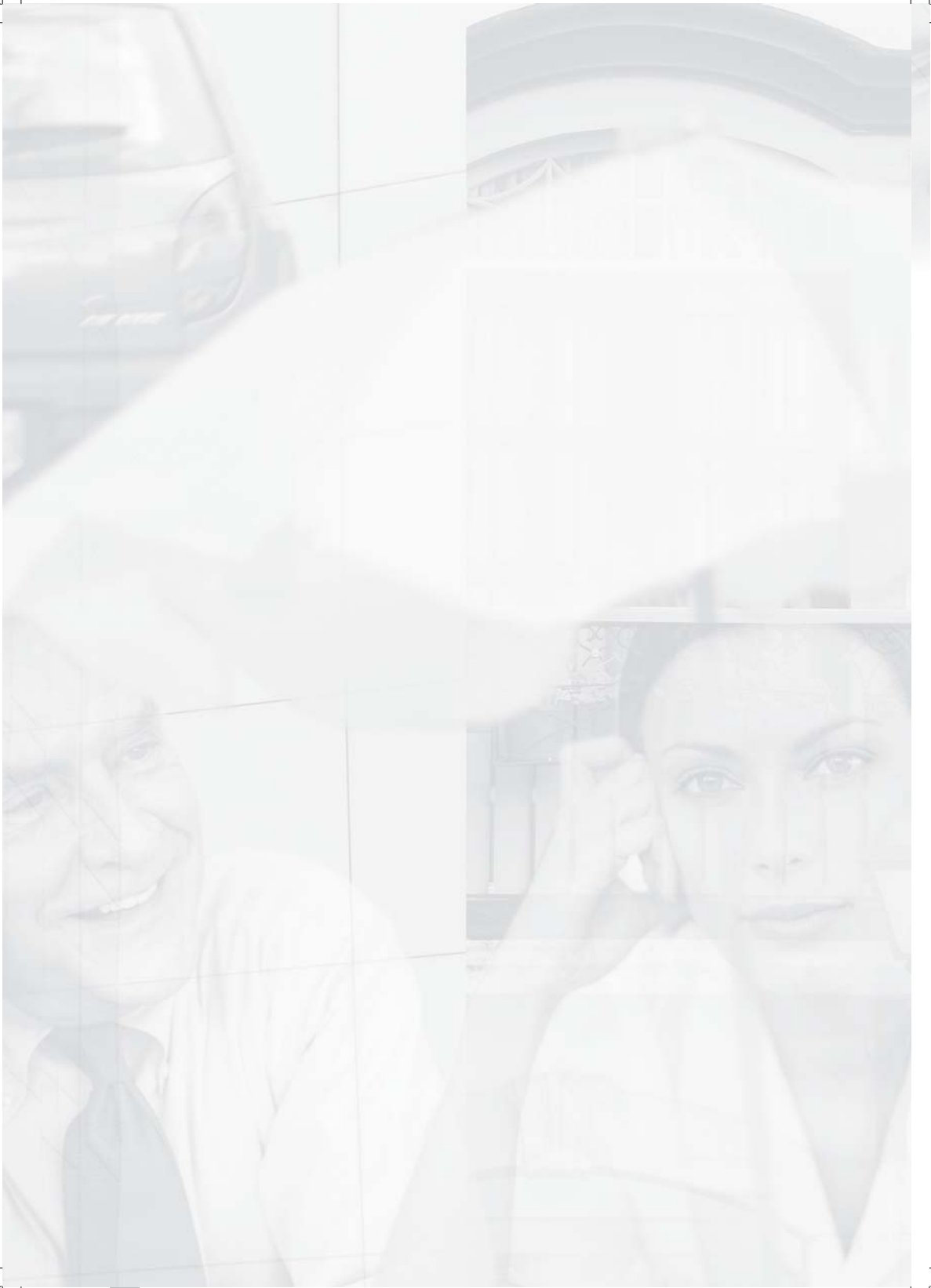
Informe-se. Proteja-se melhor!





Sumário

Mensagem da SUSEP _____	5
Apresentação _____	7
Seguro _____	9
Seguro Automóvel _____	17
Seguro Residencial _____	21
Seguro DPVAT _____	27
Seguros de Pessoas _____	33
Capitalização _____	41
Previdência Complementar Aberta _____	49





Mensagem da SUSEP

Rio de Janeiro, junho de 2006

Prezado Cidadão,

Nos últimos anos, a SUSEP, órgão de fiscalização e regulação das empresas de seguro, de capitalização e de previdência complementar aberta, vem fazendo um contínuo esforço de aproximação com a sociedade, ouvindo, explicando e divulgando, na página eletrônica www.susep.gov.br, no DDG 0800-218484 e no plantão fiscal da sua sede no Centro do Rio e das unidades regionais de Brasília, Porto Alegre e São Paulo. Todos os dias.

Isso porque a SUSEP entende que um negócio, qualquer negócio, só é bom quando é bom para os dois lados: o lado que vende e o lado que compra. Para tanto, é preciso que os lados se conheçam e confiem um no outro.

É com essa intenção que a SUSEP, diariamente, responde a milhares de consultas, ouve reclamações, esclarece direitos e aponta obrigações de ambos os lados. Mas, acima de tudo, nós da SUSEP acreditamos que informação ampla é sempre o melhor antídoto contra qualquer mal entendido. Como em tudo na vida.

Esse é o espírito desta “cartilha”. Divulgar informações úteis que possam gerar confiança nas pessoas e, assim, despertar interesse para um aspecto fundamental das vidas de todos nós: o futuro. É isso. O negócio da SUSEP é o futuro: do patrimônio das famílias (seguro de bens e capitalização) e do seu bem-estar (seguro de vida e previdência).

O primeiro passo é conhecer as empresas e seus diversos produtos, identificar necessidades e escolher entre as melhores alternativas. Esta cartilha quer ajudar exatamente nisso.





Apresentação

A Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão do Ministério da Fazenda, foi criada pelo Decreto-Lei n.º 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-dia do cidadão, a SUSEP fiscaliza também os planos de previdência complementar aberta, ou seja, aqueles dos quais qualquer pessoa pode participar, independentemente da profissão ou do lugar onde trabalhe.

Esses mercados fiscalizados 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 como também o futuro e bem-estar das famílias.

Esta é a missão da SUSEP: atuar na regulação, supervisão, fiscalização e incentivo das atividades de seguros, previdência complementar aberta e capitalização, de forma ágil, eficiente, ética e transparente, protegendo os direitos dos consumidores e os interesses da sociedade em geral.





Seguro

ENTENDA MELHOR O SEU CONTRATO DE SEGURO, PREVIDÊNCIA E CAPITALIZAÇÃO

Glossário

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

Avaria: dano causado ao bem segurado.

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

Condições gerais: conjunto das cláusulas comuns a todas as modalidades e/ou coberturas de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

Cosseguo: 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.

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

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, 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.

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

Retrocessão: operação feita pelo ressegurador e que consiste na cessão de parte das responsabilidades por ele aceitas a outro, ou outros resseguradores, sendo, em resumo, o resseguro do ressegurador.

Risco: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e cuja ocorrência dará direito à indenização descrita na apólice.

Salvado: nos seguros de danos, é o objeto que se consegue resgatar de um sinistro 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 se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar a outra 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.

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

Informações básicas:

1. Faça uma pesquisa de preços antes de contratar qualquer plano. Mas atenção: faça a comparação sempre considerando o mesmo tipo de cobertura e o mesmo valor de capital segurado, avaliando, também, a existência de período de carência. No caso de seguro de bens, faça, ainda, pesquisa no mercado para saber o valor de mercado do bem segurado.
2. Leia atentamente a proposta e condições gerais do seguro, em especial as cláusulas referentes às garantias e aos respectivos riscos excluídos.
3. Não efetue pagamentos em dinheiro ou com cheques ao portador nem forneça dados pessoais ou efetue pagamentos àqueles que recorrem pessoalmente ou por telefone alegando necessidade de pagamento prévio para liberação de valores de indenizações ou benefícios.
4. Cada plano comercializado pelas seguradoras deve ser submetido para análise e 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 à sua comercialização.
5. A proposta de contratação ou de adesão deverá ser totalmente preenchida e assinada. Caso haja declaração pessoal de saúde, questionário de perfil ou de avaliação de risco, deve-se responder a todas as perguntas de forma correta e completa, pois caso haja alguma declaração falsa, isto poderá acarretar a negativa de pagamento da indenização.
6. Verifique se a proposta contém os valores iniciais do prêmio e dos capitais segurados discriminados por cada tipo de cobertura contratada.

7. As condições gerais contêm uma série de informações importantes, como por exemplo: glossário, contendo as principais definições, período de carência, riscos excluídos, critério de atualização de valores, documentos necessários no caso de pagamento da indenização, etc. As condições do plano de seguro devem estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta.
8. Verifique se os seus direitos estão sendo cumpridos pelas empresas, como por exemplo, o recebimento da apólice (seguros individuais) ou do certificado individual (seguros coletivos) e, se for o caso, de extratos periódicos.
9. Ao formular reclamação à SUSEP, apresente documentação que comprove seu vínculo com a empresa, tais como: cópia da apólice, certificado de seguro, contracheque ou outro documento que comprove o pagamento do prêmio, título de capitalização, contrato, etc.
10. A reclamação deverá ser feita pelo segurado / beneficiário ou por procurador, através de documento contendo endereço completo para correspondência.
11. O processo instaurado na SUSEP, baseado nas informações constantes da denúncia, constitui procedimento administrativo para apuração de irregularidade cometida pela empresa. Ressaltamos que, no âmbito de competência da SUSEP, a empresa reclamada estará sujeita à aplicação de sanções administrativas, caso fiquem comprovadas irregularidades. Assim, para fins de recebimento de valores considerados devidos, deverá ser acionado o Poder Judiciário.
12. 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.
13. Consulte o Novo Código Civil (Lei nº 10.406/02) sobre os prazos prescricionais.

Tire suas dúvidas:

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

Podem. Mas, como qualquer alteração contratual, dependerá de comum acordo entre as partes (segurado e seguradora). No caso de seguros coletivos, as alterações dependem da anuência expressa de 3/4 do grupo interessado.

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?

Por perda de direito entende-se a 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, então, a seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente do contrato.

Ocorre a perda de direito se:

- o sinistro ocorrer por culpa grave ou dolo 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.

O que é prêmio do seguro?

É o valor que o segurado paga à seguradora pelo seguro para transferir a ela o risco relativo aos seus bens. Pagar o prêmio é uma das principais obrigações do segurado.

Como é determinado o valor do prêmio do seguro?

O valor do prêmio será fixado pela seguradora a partir das informações que lhe foram enviadas 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 5 (cinco) dias úteis antes da data do respectivo vencimento.

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 ocorrerão a suspensão e/ou o cancelamento do contrato em razão da falta de pagamento de prêmio.

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 recebidas 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 recebida na seguradora sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra, se expressamente acordarem 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. Encerrado este prazo, não tendo havido a recusa da seguradora, o seguro passa a ser considerado aceito.

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

Posso cancelar a minha apólice durante a vigência do seguro?

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

Se a rescisão ocorrer a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além do custo de apólice e impostos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto.

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
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

Se a rescisão ocorrer por iniciativa da seguradora, essa reterá a parte do prêmio proporcional ao prazo que vigorou a cobertura.

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.

Como devo proceder em caso de sinistro?

O segurado deverá avisar imediatamente a seguradora, preencher o formulário de aviso de sinistro e apresentar a documentação necessária, conforme definida nas condições gerais do seguro.

Nos seguros residenciais, o segurado também deve apresentar, no menor prazo possível, o pedido de indenização, acompanhado de indicação pormenorizada dos bens destruídos e do valor dos correspondentes prejuízos.

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.

Qual o prazo para receber a indenização?

A liquidação dos sinistros deverá ser feita num prazo não superior a trinta dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências contratuais feitas ao segurado.

Os procedimentos para a liquidação de sinistros devem ser claramente informados na apólice, 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, sendo reiniciada a partir do cumprimento das exigências pelo segurado.

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.

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 pena de perda de direito.

O que é limite máximo de indenização?

Também chamado de importância segurada, 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.

O segurado deverá estar atento, em cada cobertura, ao valor estipulado para o limite máximo de indenização, pois, dependendo da forma de contratação do seguro, isso poderá acarretar o recebimento parcial dos prejuízos.



Seguro de automóvel

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

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.

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.

O que significa “valor de novo”?

Refere-se ao compromisso da seguradora, na modalidade de valor de mercado referenciado (VMR), de indenizar o segurado pelo valor do veículo zero quilômetro constante da tabela de referência na data de liquidação do sinistro. A seguradora deverá definir expressamente os critérios necessários para que tal condição seja aceita. Esta cobertura vigorará durante prazo não inferior a 90 (noventa) dias, contado a partir da entrega do veículo ao segurado e fixado nas condições gerais do seguro.

Quais são os tipos de coberturas oferecidas?

As coberturas oferecidas são: colisão, furto/roubo e incêndio (perda parcial e perda total). A cobertura abrangente abrange colisão, incêndio e roubo/furto. 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).

A cobertura de RCF-V, por sua vez, pode ser dividida em duas modalidades: a que cobre danos materiais causados a terceiros (DM) e a que cobre danos pessoais causados a terceiros (DP).

Podem ser contratadas coberturas adicionais?

Sim. São coberturas contratadas por cláusulas especiais que integram a apólice. Como exemplo, temos as coberturas para: acessórios, rádios, ar condicionado, antenas e outros equipamentos, guindastes, frigoríficos (caminhões frigoríficos), aparelhos de raio x (nos hospitais volantes), etc.

Quais são os prejuízos não indenizáveis?

São prejuízos não indenizáveis as avarias previamente constatadas pela seguradora, porém, somente nos casos de indenizações parciais, bem como os prejuízos decorrentes dos riscos excluídos.

Como é determinado o valor do prêmio de seguro?

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

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 5 (cinco) dias úteis antes da data do respectivo vencimento.

Qual é o início de vigência do seguro?

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 acordarem segurado e seguradora.

No caso de seguro de proposta recepcionada pela seguradora com adiantamento para futuro pagamento de prêmio, o contrato terá início de vigência a partir da realização da vistoria, exceto para veículos zero quilômetro ou para os casos de renovação na mesma seguradora, hipóteses em que o início de vigência ocorre na data em que a proposta foi recebida na seguradora.

O que caracteriza a indenização integral em caso de ocorrência de sinistro?

A indenização integral é caracterizada quando os prejuízos resultantes de um mesmo sinistro atingirem ou ultrapassarem 75% (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, no caso de sinistro, avisar imediatamente a seguradora, preencher o formulário de aviso de sinistro e apresentar a documentação necessária, conforme definida nas condições gerais do seguro.

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.

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.

O que é franquia?

É o valor, 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 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 um número de anos sem sinistros. A SUSEP não define regras para a aplicação ou suspensão de bônus.



Seguro residencial

O seguro residencial em geral cobre riscos de incêndio, mas também são oferecidas outras coberturas. Por esse motivo é geralmente um tipo de seguro compreensivo, assim denominado por conter diversas coberturas.

Este seguro é destinado a residências individuais, casas e apartamentos, habituais ou de veraneios. Em geral, sua contratação é feita por meio de proposta, com posterior emissão de apólice (contrato do seguro).

No entanto, conforme disposto no artigo 10 do Decreto-Lei nº 73 de 21/11/1966, é autorizada a contratação de seguros com simples emissão de bilhete de seguros, mediante solicitação verbal do interessado. Dessa forma, por meio da Resolução CNSP nº 08/77, foi autorizada a contratação do seguro incêndio apenas para imóveis residenciais unifamiliares, através de bilhetes. O bilhete, assim, substitui a apólice e dispensa a proposta.

Qual é a cobertura principal do seguro residencial?

A cobertura principal cobre danos causados por incêndios, queda de raios e explosão causada por gás empregado no uso doméstico (quando não gerado nos locais segurados) e suas conseqüências, tais como desmoronamento, impossibilidade de proteção ou remoção de salvados, despesas com combate ao fogo, salvamento e desentulho do local.

Há outras coberturas?

Sim, como, por exemplo, coberturas que indenizam danos decorrentes de incêndios provocados por explosão de aparelhos ou substâncias de qualquer natureza (não incluída na cobertura principal), ou decorrentes de outras causas como terremoto, queimadas em zona rural, vendaval, impacto de veículos, queda de aeronave, danos elétricos, dentre outras.

O que é, tecnicamente, incêndio?

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, se desenvolva, se propague;
- a capacidade de alastrar-se 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; e
- o fogo cause dano.

Assim, os fenômenos citados abaixo 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, ficando o dano a eles limitados;
- combustão espontânea, aquecimento espontâneo ou fermentação;
- dano elétrico. É comum que aparelhos ou condutores elétricos apresentem, por causas diversas, defeitos que provocam, com ou sem curto-circuito, superaquecimento e, conseqüentemente, 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 principal do seguro. Porém, podem ser cobertos por meio da contratação de cobertura específica, 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 riscos previstos e descritos em cada uma das coberturas e que, em havendo prejuízos por ocorrência de sinistro caracterizado como risco coberto, tais prejuízos estarão cobertos.

Já os riscos excluídos são aqueles em que os prejuízos decorrentes destes riscos não serão indenizados pelo seguro, salvo se contratada cobertura específica para tais riscos. Como exemplo, temos:

- Erupção vulcânica, inundação ou outra convulsão da natureza;
- Guerra interna ou externa, comoção civil, rebelião, insurreição, etc.;
- 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, jóias, raridades, etc.;
- Manuscritos, plantas, projetos, papel-moeda, selos, cheques, papéis de crédito, moedas cunhadas, livros de contabilidade, etc.;
- Bens de terceiros, recebidos em depósito, consignação ou garantia.

O que se entende por perda de direito?

Por perda de direito entende-se a 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, então, a seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente do contrato.

Ocorre a perda de direito se:

- o sinistro ocorrer por culpa grave ou dolo do segurado ou beneficiário do seguro;
- a reclamação de indenização por sinistro for fraudulenta ou de má-fé;
- o segurado ou beneficiário ou ainda seus representantes e prepostos fizerem declarações falsas ou, por qualquer meio, tentarem obter benefícios ilícitos do seguro.

O que é franquia?

É o valor, 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.

Semelhante à franquia, a POS (Participação Obrigatória do Segurado) é definida como percentual da importância segurada ou dos prejuízos indenizáveis que caberão ao 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. O sistema de franquia dedutível objetiva otimizar a situação preventiva do segurado, já que este participa obrigatoriamente dos prejuízos.

O que é forma de contratação das coberturas?

Para cada uma das coberturas contratadas, deverá ser especificada a forma de contratação da importância segurada (1º risco absoluto, 1º risco relativo, etc.).

A forma de contratação tem grande importância no valor da indenização a ser recebida pelo segurado, conforme demonstrado a seguir.

Para entendermos os possíveis modos de contratação da importância segurada em cada uma das coberturas, devemos primeiro observar que:

- a) O Limite Máximo de Indenização (LMI) é livremente estipulado, pelo próprio segurado, para cada uma das coberturas contratadas, e representa, como já foi dito, o limite máximo de responsabilidade que a seguradora deverá pagar (indenização).
- b) O Valor Atual (VA) de um bem é o seu valor de reposição, ou seja, o quanto custaria, no dia e local do sinistro, substituí-lo por outro equivalente, com a mesma depreciação pelo uso, idade e estado de conservação daquele sinistrado.
- c) O Valor em Risco Declarado (VRD) é o valor que o segurado informa à seguradora, que corresponderia ao total de reposição dos bens segurados, imediatamente antes da ocorrência do sinistro.

Finalmente, verifica-se, usualmente, que são três as formas básicas de contratação do Limite Máximo de Indenização (LMI), a saber: cobertura a risco total, cobertura a primeiro risco absoluto e cobertura a primeiro risco relativo.

I Cobertura a risco total

Na cobertura a risco total, o limite máximo de indenização contratado pelo segurado deverá ser igual ao valor atual do bem.

Na hipótese de que tal regra não tenha sido devidamente observada, haverá a aplicação da cláusula de rateio, arcando o segurado com parte do prejuízo.

A cláusula de rateio dispõe:

- Sempre que o limite máximo de indenização for menor do que o valor atual, o segurado será considerado segurador da diferença e, em caso de sinistro, aplicar-se-á o rateio percentual entre eles, salvo na hipótese de indenização integral, quando a indenização será igual a 100% (cem por cento) do LMI.

Por exemplo: se o LMI contratado for de 80% do respectivo VA, esse mesmo percentual será aplicado aos prejuízos apurados, a fim de determinar a indenização a ser paga pela seguradora, em caso de sinistro. Evidentemente, este valor ainda estará limitado ao próprio limite máximo de indenização contratado pelo segurado.

II Cobertura a primeiro risco absoluto

A cobertura a primeiro risco absoluto é aquela em que o segurador responde integralmente pelos prejuízos, até o montante do limite máximo de indenização, não se aplicando, em qualquer hipótese, cláusula de rateio.

Nesta forma de contratação, é irrelevante a comparação entre o LMI e o VA.

O segurado pode, no caso, fazer sua própria avaliação e estimar qual o dano máximo provável a que seus bens estão expostos. Em função disso, estabelece o limite máximo de indenização.

A adoção da cobertura a primeiro risco absoluto significa considerável aumento do montante de indenizações a cargo do segurador, se comparados com a cobertura a risco total. Assim, em geral, os prêmios são maiores para esta forma de contratação.


III Cobertura a primeiro risco relativo

Na cobertura a primeiro risco relativo também não há necessidade do LMI ser igual ao VA. Porém, o segurado declara qual o valor em risco do bem (VRD).

Se, por ocasião de eventual sinistro, o VA for igual ou inferior ao valor declarado pelo segurado (VRD), a informação do segurado foi correta e, assim, não haverá rateio.

Se, no entanto, por ocasião de eventual sinistro, ficar constatado que o VA é superior ao valor em risco declarado pelo segurado, o que significa que esse informou que seu bem valia menos do que realmente foi apurado, a indenização será determinada pela proporção entre o VRD e o VA, aplicada ao prejuízo, sendo limitada ao próprio limite máximo de indenização da cobertura.

Em geral, para efeito de simplificação, os seguros residenciais são contratados a primeiro risco absoluto. Porém, o segurado deverá estar muito atento à forma de contratação para evitar a ocorrência de rateio dos prejuízos, o que acarreta recebimento de indenização inferior ao prejuízo.



Seguro DPVAT

SEGURO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES

O DPVAT é um seguro obrigatório criado com a finalidade de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa dos acidentes.

Qualquer vítima de acidente envolvendo veículo, inclusive motoristas e passageiros, ou seus beneficiários, podem requerer a indenização do DPVAT. As indenizações são pagas individualmente, não importando quantas vítimas o acidente tenha causado. Além disso, mesmo que o veículo não esteja em dia com o DPVAT ou não possa ser identificado, as vítimas ou seus beneficiários têm direito à cobertura.

Cada vítima ou seus beneficiários receberão, em caso de acidente, indenização por morte, invalidez permanente e/ou despesas de assistência médica e suplementares (reembolso).

Não estão cobertos pelo Seguro:

- 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; e
- Danos pessoais resultantes de radiações ionizantes ou contaminações por radioatividade de qualquer tipo de combustível nuclear ou resíduo de combustão de matéria nuclear.

Os valores de indenização por cobertura são os previstos e atualizados nos termos da Lei 6194/74, alterada pela Lei 8.441/92 e das resoluções do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) aplicáveis.

- Obs. 1 A quantia que se apurar tomará por base o percentual da incapacidade de que for portadora a vítima, de acordo com a tabela constante das normas de acidentes pessoais, tendo como indenização máxima o valor previsto na norma vigente.
- Obs. 2 Os valores de indenização de reembolso (DAMS) serão pagos até o limite definido em tabela de ampla aceitação no mercado, tendo como teto máximo o valor previsto na norma vigente.
- Obs. 3 A indenização será paga em cheque nominal, identificando-se expressamente o beneficiário, no prazo de 15 dias da entrega dos documentos.

Quem são os beneficiários do seguro?

Em caso de morte, o beneficiário será o cônjuge sobrevivente ou pessoa a este equiparada, nos termos da legislação vigente. Na falta do cônjuge sobrevivente, os beneficiários serão os herdeiros legais. Deixando a vítima beneficiários incapazes, a indenização será liberada em nome de quem detiver o encargo de sua guarda, sustento ou despesas, conforme dispuser alvará judicial.

Em caso de invalidez permanente, o beneficiário será a própria vítima.

Em caso de reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS), o beneficiário será a própria vítima. No caso de assistência prestada por pessoa física ou jurídica conveniada com o sistema único de saúde (SUS), é facultado à vítima optar por atendimento particular.

Obs.: Para vítima com até 16 anos a indenização será paga ao representante legal (pai, mãe ou tutor). Nos casos em que a vítima tiver entre 17 e 18 anos a indenização será paga ao menor, desde que assistido por seu representante legal ou mediante a apresentação de alvará judicial.

Como é feita a contratação do seguro DPVAT?

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.

- a) para o convênio que inclui as categorias 1 (automóveis particulares), 2 (táxis e carros de aluguel), 9 (motocicletas, motonetas, ciclomotores e similares) e

10 (máquinas de terraplanagem e equipamentos móveis em geral, quando licenciados, camionetas tipo “pick-up” de até 1.500 kg de carga, caminhões e outros veículos), o prêmio de seguro será pago conjuntamente com a cota única ou com a primeira parcela do IPVA. A data de vencimento para pagamento será a data de vencimento para recolhimento da cota única ou da primeira prestação do IPVA.

- b) para o convênio que inclui as categorias 3 (ônibus, microônibus e lotação com cobrança de frete – urbanos, interurbanos, rurais e interestaduais) e 4 (microônibus com cobrança de frete mas com lotação não superior a 10 passageiros e ônibus, microônibus e lotações sem cobrança de frete - urbanos, interurbanos, rurais e interestaduais), será permitido o pagamento do prêmio do seguro em número de parcelas não superior ao do parcelamento do imposto sobre propriedade de veículos automotores – IPVA. A data de vencimento para pagamento será a data de vencimento para recolhimento da cota única ou das prestações do IPVA.
- c) 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, inclusive, e dezembro do mesmo ano.

No caso de veículos isentos do imposto sobre propriedade de veículos automotores – IPVA, a contratação do seguro DPVAT será efetuada juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual. Na primeira contratação, o valor do prêmio será calculado de forma proporcional, considerando-se o número de meses entre o mês de contratação, inclusive, e dezembro do mesmo ano.

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

Para os veículos excluídos dos convênios, o seguro DPVAT será operado de forma independente por cada seguradora

Todo proprietário de veículo deve manter o seguro DPVAT em dia, conforme determina as normas em vigor. O pagamento do seguro em atraso não prevê multas ou encargos, mas acarreta a seguinte implicação: o veículo não é considerado devidamente licenciado para efeitos de fiscalização, estando o proprietário sujeito às penalidades previstas na legislação.

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.

Os pedidos de indenização do DPVAT devem ser feitos através de quaisquer seguradoras conveniadas. Basta que o interessado escolha a seguradora de sua preferência e apresente a documentação necessária. A seguradora escolhida para abertura do pedido de indenização será a mesma que efetuará o pagamento correspondente.

Para recebimento da indenização, a vítima, ou seu beneficiário, devem dirigir-se à seguradora apresentando os seguintes documentos:

- indenização por morte:

- a) certidão de óbito;
- b) registro de ocorrência expedido pela autoridade policial competente; e
- c) prova da qualidade de beneficiário.

- indenização por invalidez permanente:

- a) laudo do Instituto Médico Legal 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 das condições gerais de seguro de acidentes pessoais, suplementadas, quando for o caso, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional de doenças; e
- b) registro da ocorrência expedido pela autoridade policial competente.

- indenização de despesas de assistência médica e suplementares:

- a) prova das despesas médicas efetuadas;
- b) prova de que as despesas referidas na alínea “a” decorrem de atendimento à vítima de danos pessoais decorrentes de acidente envolvendo veículo automotor de via terrestre; e
- c) registro de ocorrência expedido pela autoridade policial competente, no qual deverá constar, obrigatoriamente, o nome do hospital, ambulatório, ou médico assistente que tiver prestado o primeiro atendimento à vítima.

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 por invalidez permanente. 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.

No caso de sinistro causado por veículo não identificado, a indenização, por pessoa vitimada, será paga pelas seguradoras do convênio.

O prazo para liberação do pagamento é fixada em lei e, havendo pendências na documentação, é suspenso e reiniciado a partir da data em que as mesmas forem solucionadas.

Quem procurar em caso de dúvidas?

FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização
– CONVÊNIO DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 5º e 6º andares – Centro

Rio de Janeiro, RJ – CEP: 20.031-201

Tel: 0800-221204.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Central de Atendimento

Rua Buenos Aires 256, térreo – Centro

Rio de Janeiro, RJ – CEP: 20061-000

Tel: 0800-218484





Seguros de pessoas

Estes seguros têm por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado e aos seus beneficiários, observadas as condições contratuais e as garantias contratadas. Como exemplo de seguros de pessoas, temos o 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.

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:

1. corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
2. corretores; e
3. 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, juntos ou separadamente, os seguintes tipos de coberturas:

1. Morte natural;
2. Morte acidental;
3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: pagamento de indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão decorrente de acidente pessoal. Deverá ser observada atentamente a tabela para o cálculo da indenização prevista no plano de seguro;

4. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença: 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;
5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: pagamento de indenização em caso de invalidez conseqüente de doença que cause a perda da existência independente do segurado, na forma estabelecida no plano de seguro;
6. Diárias por Incapacidade: pagamento de diárias em caso de impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico;
7. 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 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto;
8. Diária por Internação Hospitalar: 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;
9. Doenças Graves: pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas no plano de seguro;
10. Perda de Renda: pagamento de indenização em caso de perda 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;
11. Auxílio Funeral: 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;
12. Cobertura para segurados dependentes (cônjuges, companheiros, filhos);
13. Sobrevivência: pagamento de indenização, sob a forma de pagamento único ou de renda, caso o segurado sobreviva ao período estipulado no plano de seguro;
14. 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, por exemplo, cobertura por perda ou roubo de bagagem.

O que é seguro educacional?

O seguro educacional visa 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 que é seguro prestamista?

O seguro prestamista é aquele no qual os segurados convencionam pagar prestações ao **estipulante para amortizar dívida contraída ou para atender a compromisso assumido**. 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.

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 do seguro.

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 com a antecedência prevista nas normas.

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, 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, etc) 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, e os segurados ou beneficiários só terão direito a alguma indenização em caso de sinistro.

Nos seguros de pessoas com coberturas de risco, estruturados 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 de risco 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, podendo o segurado contratar quantos seguros quiser. Cada seguradora efetivará a indenização de acordo com o valor do capital segurado constante de cada contrato.

Entretanto, 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 anos podem fazer seguro de vida?

Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas por sobrevivência ou coberturas de riscos relacionadas ao reembolso de despesas como, por exemplo, as despesas com funeral ou despesas 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. 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 (por exemplo: variação salarial, mensalidade escolar) expressos nas condições gerais, na apólice, no certificado, nas propostas e no 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 a seguinte fórmula:

Prêmio = Capital Segurado (valor da indenização) x Taxa (expressa a probabilidade de ocorrência do evento coberto na apólice). Destaca-se que, no caso dos seguros de vida, a probabilidade de ocorrência de morte aumenta com o aumento da idade dos segurados. Da análise da fórmula acima, podemos observar que o prêmio sofre acréscimo de valor sempre que existe aumento do capital segurado **e/ou** da taxa. Portanto, **o aumento do capital segurado não ocorre necessariamente na mesma proporção ou na mesma periodicidade do reajuste do prêmio.**

Sendo assim, além da atualização monetária (aumento proporcional de valores de prêmio e de capital segurado), o valor do prêmio pode ser recalculado anualmente em decorrência da mudança de idade do segurado.

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.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados, cabendo a cada uma das partes pagar 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.

O que é o VGBL?

O **VGBL – Vida Gerador de Benefícios Livre** é um plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, cuja principal característica é a ausência de rentabilidade mínima garantida durante a fase de acumulação dos recursos, sendo a rentabilidade da provisão idêntica à rentabilidade do fundo onde os recursos estão aplicados.

Os fundos para aplicação dos recursos variam dos mais agressivos, que investem em renda variável (ações), aos mais conservadores, que aplicam apenas em títulos públicos e/ou títulos privados. Portanto, haverá opções para diferentes tipos de investidores, dependendo do seu perfil de investimento. O segurado deverá estar atento às políticas de investimentos dos fundos, em especial para os percentuais mínimo e máximo de investimentos em renda variável.

O segurado pode acompanhar diariamente, por meio de divulgação em periódico de grande circulação definido no regulamento, as seguintes informações sobre os fundos: taxa de administração praticada, valor do patrimônio líquido, valor da cota e rentabilidades acumuladas no mês e no ano civil a que se referirem.

Nos planos de seguros com cobertura por sobrevivência, deve-se ter especial atenção aos custos envolvidos na operação (carregamento e taxa de administração). Quanto maiores esses custos menos recursos ficarão na provisão.

A provisão matemática de benefícios a conceder pode ser considerada a “conta” onde são colocados todos os prêmios (pagamentos) efetuados pelo segurado. 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 segurado entra em gozo do benefício (começa a receber a renda).

Para cálculo do valor da indenização a ser paga sob a forma de renda, a empresa considerará o montante acumulado na provisão ao término do período de acumulação, as tábuas biométricas de sobrevivência e a taxa de juros. **O segurado poderá verificar se seu plano VGBL foi aprovado pela SUSEP, simular o valor da renda a ser recebida ou verificar informações fornecidas pela seguradora** acessando o site: www.susep.gov.br. 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 indenização sob a forma de renda, o repasse de excedentes financeiros.

O plano VGBL permite resgate ou portabilidade dos recursos acumulados?

Sim. Durante o período de acumulação, o segurado tem o direito de solicitar, independentemente do número de prêmios pagos, o resgate ou portabilidade, parcial ou total, dos recursos acumulados na sua provisão, observados os prazos de carência e os

intervalos previstos no regulamento. Destaca-se que as portabilidades só poderão ser feitas entre planos de seguro de vida com cobertura por sobrevivência.

No que se refere ao resgate e à portabilidade, o segurado deve ficar atento para que as seguradoras cumpram os prazos estabelecidos no regulamento para o pagamento do resgate e/ou efetivação da portabilidade. No caso de não cumprimento dos prazos, deve o segurado denunciar o fato à SUSEP.

Qual a diferença entre o VGBL e o PGBL?

O VGBL é um plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência destinado à parcela de consumidores que não usufruem do benefício de diferimento do imposto de renda previsto no modelo completo da declaração de ajuste anual do imposto de renda para pessoas físicas (I.R.P.F.).

Dessa forma, quando do recebimento de resgate ou indenização sob a forma de renda ou pagamento único, a alíquota do I.R. incidirá sobre a diferença positiva entre esse valor e o somatório dos respectivos prêmios pagos.

Em contrapartida, no PGBL, as pessoas usufruem do diferimento fiscal previsto no modelo completo da declaração de ajuste anual do I.R.P.F. e a alíquota do I.R. incidirá sobre o valor a ser resgatado ou recebido sob a forma de renda.



Capitalização

O título de capitalização é uma aplicação pela qual o subscritor constitui um capital, segundo cláusulas e regras aprovadas e mencionadas no próprio título (condições gerais do título), que será pago em moeda corrente num prazo máximo estabelecido. O título de capitalização só pode ser comercializado pelas sociedades de capitalização devidamente autorizadas a funcionar. Eles são considerados, para todos os fins legais, títulos de crédito.

Como é feita a contratação de um título?

Ela é realizada através do preenchimento e da assinatura da proposta. O envio (a entrega) da proposta devidamente assinada representa a concretização da subscrição do título. Importante destacar que as condições gerais do título devem estar disponíveis ao subscritor no ato da contratação. A disponibilização das condições gerais somente em momento posterior ao da contratação constitui violação às normas, sendo a sociedade, portanto, passível de multa.

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 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.

Quais os tipos de título disponíveis no mercado?

Os mais comuns são os títulos PM e PU. O título PM consiste em um plano em que os seus pagamentos, geralmente, são mensais e sucessivos. É possível que após o último pagamento o plano ainda continue em vigor, pois seu prazo de vigência pode ser maior do que o prazo de pagamento estipulado na proposta. Já o título PU é um plano em que o pagamento é único (realizado uma única vez), tendo sua vigência estipulada na proposta.

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 colocada acima, é a de o título ser de pagamento único (PU). Já 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 pela TR e capitalizado pela taxa de juros informada nas condições gerais. Tal período deverá ser igual ou superior ao período de pagamento.

Como é estruturado um título de capitalização?

Os títulos de capitalização deverão ser estruturados com prazo de vigência igual ou superior a 12 meses e em séries cujo tamanho deve ser informado no próprio título. Por exemplo, uma série de 100.000 títulos poderá ser adquirida por até 100.000 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 administração e cota de carregamento.

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 acima, há também uma parcela destinada a custear os sorteios e uma outra destinada aos carregamentos da sociedade de capitalização.

Nos títulos com pagamento único (PU), a cota de capitalização mínima varia de acordo com o prazo de vigência, segundo a tabela abaixo:

Prazo de vigência (meses)	Percentual mínimo destinado à capitalização
12	50%
Acima de 12 e até 24	60%
Acima de 24	70%

Já nos títulos com pagamentos mensais (PM), os percentuais destinados à formação da provisão matemática deverão respeitar os seguintes valores mínimos:

Prazo de Vigência (em meses)	Mês de Vigência			
	1°	2°	3°	4°
Até 23	10%	10%	30%	30% até o final
Acima de 23	10%	10%	10%	30% até o final

Porém, ainda deverão satisfazer a seguinte condição: a partir do terceiro mês, para os títulos com até vinte e três meses de vigência e a partir do quarto mês para os demais, a média aritmética do percentual de capitalização, até o final da vigência, deverá corresponder a, no mínimo, 70% (setenta por cento) dos pagamentos mensais.

Para finalizar, 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 títulos com pagamento único os prêmios de sorteios totalizarem 10.000 vezes o valor deste pagamento, a cota de sorteio será de 10% (10.000/100.000), isto é, cada título colabora com 10% de seu pagamento para custear os sorteios.

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 título de capitalização.

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

Cota de capitalização: 75%

Cota de sorteio: 15%

Cota de carregamento: 10%

Então, R\$75,00 serão destinados para compor o capital, R\$15,00 serão destinados para o custeio dos sorteios e R\$10,00 serão destinados à sociedade de capitalização.

Os valores dos pagamentos são fixos?

Nos planos com vigência igual a 12 meses, os pagamentos são obrigatoriamente fixos. Já nos planos com vigência superior, é facultada a atualização dos pagamentos, a cada período de 12 meses, por aplicação de um índice oficial.

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 só 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, após encerrado o prazo de carência.

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, se no exemplo dado acima o prêmio do sorteio for de 40 vezes o pagamento, ao título sorteado caberá R\$4.000,00 (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 imposto.

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.

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.

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 reserva matemática e é, portanto, a base de cálculo para o valor a que o subscritor terá direito ao efetuar o resgate do seu título. Ele, mensalmente e obrigatoriamente, é atualizado pela TR, que é a mesma taxa utilizada para atualizar as contas de caderneta de poupança, e sofre a aplicação da taxa de juros definida nas condições gerais, que pode inclusive ser variável, porém limitada ao mínimo de 20% da taxa de juros mensal aplicada à caderneta de poupança (atualmente, então, a taxa mínima de juros seria de 0,1% ao mês).

A sociedade de capitalização em hipótese alguma poderá se apossar do capital, podendo apenas estabelecer um percentual de desconto (penalidade), não superior a 10%, 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 reserva matemática.

O título pode ser resgatado a qualquer momento?

Não. Alguns títulos prevêem 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 acima, em casos de resgate antecipado, faculta-se à sociedade de capitalização estipular uma penalidade de até 10% do capital constituído.

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

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

Vejam, abaixo, o exemplo de um título de pagamentos mensais com 12 meses de prazo de vigência e com prazo de pagamento igual a 9 meses, sendo cada pagamento no valor de R\$10,00.

Pagamentos efetuados	% de resgate sobre a soma dos pagamentos efetuados
1	9,05%
2	27,16%
3	42,32%
4	49,99%
5	54,66%
6	57,84%
7	66,84%
8	68,83%
9	70,42%
10(**)	70,78%
11(**)	71,13%
12(**)	71,48%

(*) Esta tabela foi elaborada considerando as seguintes cotas de capitalização: mês 1: 10% , mês 2: 50%, meses 3 a 9: 80% . Além disso, considerou-se a taxa de juros igual a 0,5% ao mês, e um fator de redução (penalidade) igual a 10% até o sexto mês.

(**) 10, 11 e 12 representam na verdade apenas os meses de vigência, já que o plano só prevê 9 pagamentos.

Se, por exemplo, o titular solicitar o resgate após ter efetuado 2 pagamentos (2 x R\$10,00 = R\$20,00), ele terá direito a 27,16% do valor que pagou, resultado, então, em R\$5,43 (27,16% de R\$20,00).

Já se o titular permanecer até o final do plano, tendo portanto, realizado 09 pagamentos (9 x R\$10,00 = R\$90,00), ele terá direito a 71,48% do que pagou, ou seja, a R\$ 64,33 (71,48% de R\$90,00).

Em ambos os casos acima não se levou em consideração a atualização pela TR, ou seja, os valores encontrados ainda sofrerão a atualização pela TR referente ao período em que estiver em vigência.

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

A resposta irá variar de plano para plano. Não há obrigação prevista em lei 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 semelhante a que foi mostrada acima, verificando, assim, o percentual a que terá direito.

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%, isto é, se fosse, por exemplo, 100%, significaria que o titular receberia, ao final do prazo de vigência, tudo o que pagou, além da atualização monetária pela TR.

Aplicar em título de capitalização é o mesmo que aplicar em poupança? Formarão, em situação semelhante, o mesmo capital?

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 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 e, quando há sorteios, uma parcela para custear as premiações.

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% ao mês. No caso dos títulos de capitalização, sempre há também variação pela TR e juros mensais, mas esses não incidem sobre a totalidade dos pagamentos. Ao prever um resgate de 100%, ou mais, este já inclui a taxa de juros nos percentuais da tabela citada anteriormente, restando apenas a atualização pela TR. 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?

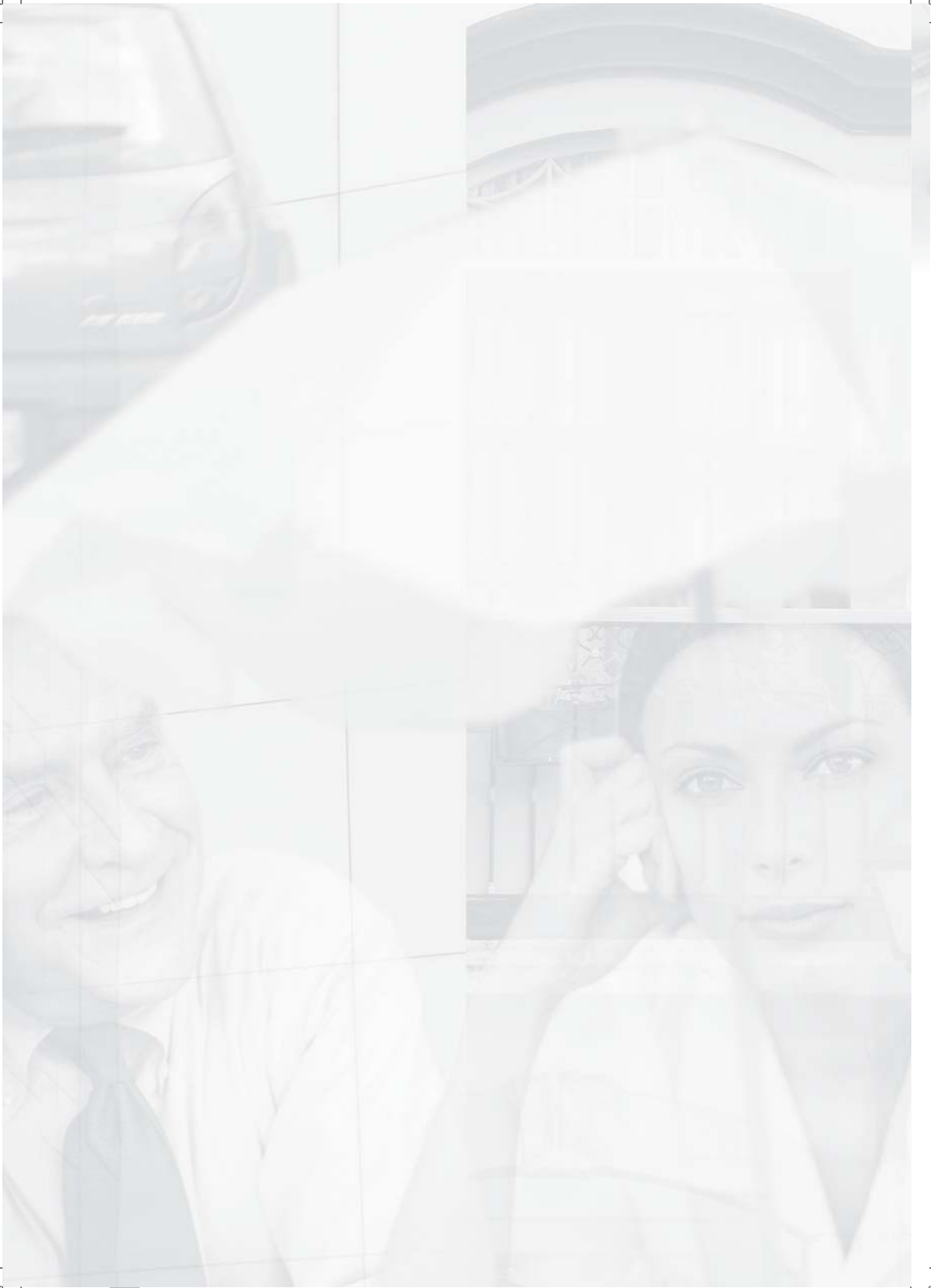
As sociedades de capitalização são obrigadas a prestar informações sempre que solicitadas pelo subscritor. Independentemente deste fato, as informações poderão ser disponibilizadas por meio de mídia impressa ou eletrônica, ou ainda, por meio de extratos. No caso de extratos, a periodicidade máxima para sua emissão é de seis meses, para planos com pagamentos mensais (PM) e vigência igual a 12 meses, ou é de um ano, se a vigência for superior a 12 meses ou para qualquer período de vigência se o título for de pagamento único (PU).

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 inferior se comparado ao da caderneta de poupança, prazo de carência (mas nem sempre há), proibição de depósitos aleatórios e penalidade em caso de resgate antecipado, isto é, antes de encerrado o prazo de vigência (alguns títulos não prevêm tal penalidade).

Onde posso obter informações sobre os planos de capitalização aprovados?

Na homepage da SUSEP, no link “Atendimento ao Público”, na opção “capitalização”, clique em “planos de capitalização aprovados”. Maiores informações devem ser obtidas junto às próprias sociedades de capitalização.





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.

Benefício: pagamento que os beneficiários recebem em função 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: percentual incidente sobre as contribuições pagas pelo participante, para fazer face às despesas administrativas, de corretagem e colocação do plano.

Contribuição: o valor pago à EAPC (Entidades Abertas de Previdência Complementar) para o custeio do plano contratado.

Participante: pessoa física que contrata o plano.

Período de Carência: lapso de tempo, contado a partir do início de vigência do plano, durante o qual, na ocorrência do evento gerador, os beneficiários não terão direito ao recebimento do benefício. Não há carência para pagamento do benefício no caso de acidente pessoal.

Período de Cobertura: prazo durante o qual, na ocorrência do evento gerador, os beneficiários farão jus ao benefício contratado.

Portabilidade: instituto que, durante o período de diferimento, e na forma regulamentada, permite a movimentação de recursos da provisão matemática de benefícios a conceder.

Vesting: conjunto de cláusulas constante do contrato entre a entidade aberta de previdência complementar e a instituidora, a que o participante, tendo expresso e 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 apóia-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, onde os benefícios são pagos com as contribuições arrecadadas, não havendo acumulação e capitalização de recursos em contas individualizadas (mutualismo), 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. O primeiro é composto por planos de benefícios administrados pelos denominados “fundos de pensão” (entidades fechadas de previdência complementar), enquanto o segundo é composto por planos de benefícios administrados por entidades abertas de previdência complementar, aí 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 n° 109, de 29 de maio de 2001, que revogou a Lei n° 6.435, de 15 de julho de 1977. 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, por parte da Autarquia, qualquer incentivo ou recomendação à 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, como por exemplo: material de 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 confundir esse número com o número da proposta de inscrição.

4. A primeira preocupação que o consumidor deve ter é com o tipo de cobertura que ele deseja contratar (cobertura por morte, invalidez ou sobrevivência). Uma vez escolhido o tipo de cobertura, deve-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 paga é destinada a custear o risco de morte/invalidez a que a pessoa ficou exposta.
 - 4.2 Fazer uma pesquisa de preços 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.
 - 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, pois isto 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, como, por exemplo, o PGBL, 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, previamente, do valor do benefício.
7. A leitura cuidadosa da proposta de inscrição e de todo o regulamento é fundamental para que o participante saiba todos os seus direitos e deveres, tomando ciência dos benefícios oferecidos no plano, suas principais características e das 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, etc.
9. Verifique se os seus direitos estão sendo cumpridos pelas empresas, como por exemplo, o recebimento do certificado de participante e de extratos periódicos.

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 podem oferecer, 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 o 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 de um dos beneficiários falecer 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 do beneficiário falecer após já ter 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 de concessão do benefício escolhida.

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.

- 2. **Renda por invalidez:** renda 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:** renda 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 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 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 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 de risco 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, a 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. Para as coberturas de risco 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.

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

Não. Além da atualização monetária (aumento proporcional de valores da contribuição e do benefício), o valor da contribuição pode ser recalculado anualmente em decorrência da mudança de idade do segurado.

O que é PGBL?

O **PGBL – Plano Gerador de Benefícios Livre** é um plano de previdência complementar aberta com cobertura por sobrevivência, cuja principal característica é a ausência de rentabilidade mínima garantida durante a fase de acumulação dos recursos, sendo a rentabilidade da provisão idêntica à rentabilidade do fundo onde os recursos estão aplicados.

Os fundos para aplicação dos recursos variam dos mais agressivos, que investem em renda variável, aos mais conservadores, que aplicam apenas em títulos públicos e/ou títulos privados. Portanto, haverá opções para diferentes tipos de investidores, dependendo do seu perfil de investimento. O participante deverá estar atento às políticas de investimentos dos fundos, em especial aos percentuais mínimo e máximo de investimentos em renda variável.

O participante poderá acompanhar, diariamente, por meio de divulgação em periódico de grande circulação definido no regulamento, as seguintes informações sobre os fundos: taxa de administração praticada, valor do patrimônio líquido, valor da cota e rentabilidades acumuladas no mês e no ano civil a que se referirem.

A provisão matemática de benefícios a conceder pode ser considerada a “conta” onde são colocadas todas as contribuições (pagamentos) efetuadas pelo participante. 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 entra em gozo do benefício (começa a receber a renda).

Para cálculo do valor do benefício a ser pago sob a forma de renda, a empresa considerará o montante acumulado na provisão ao término do período de acumulação, as tábuas biométricas de sobrevivência e a taxa de juros efetiva anual. O participante poderá verificar se o seu plano PGBL foi aprovado pela SUSEP, simular o valor do seu benefício ou verificar informações fornecidas pela empresa acessando o site www.susep.gov.br.

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 do benefício, sob a forma de renda, o repasse de excedentes financeiros.

O plano PGBL permite resgate ou portabilidade dos recursos acumulados?

Sim. Durante o período de acumulação, o participante tem o direito de solicitar, independentemente do número de contribuições pagas, o resgate ou portabilidade, parcial ou total, dos recursos acumulados na sua provisão, observados os prazos de carência e os intervalos previstos no regulamento. Destaca-se que as portabilidades só poderão ser feitas entre planos previdenciários.

No que se refere ao resgate e à portabilidade, o participante deve ficar atento para que as seguradoras cumpram os prazos estabelecidos no regulamento para o pagamento do resgate e/ou efetivação da portabilidade. No caso de não cumprimento dos prazos, deve o participante denunciar o fato à SUSEP.

Qual a diferença entre o VGBL e o PGBL?

O VGBL é um plano de seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência destinado à parcela de consumidores que não usufruem do benefício de diferimento do imposto de renda previsto no modelo completo da declaração de ajuste anual do imposto de renda para pessoas físicas (I.R.P.F.).

Dessa forma, quando do recebimento de resgate ou indenização sob a forma de renda ou pagamento único, a alíquota do I.R. incidirá sobre a diferença positiva entre esse valor e o somatório dos respectivos prêmios pagos.

Em contrapartida, no PGBL, as pessoas usufruem do diferimento fiscal previsto no modelo completo da declaração de ajuste anual do I.R.P.F. e a alíquota do I.R. incidirá sobre o valor a ser resgatado ou recebido sob a forma de renda.