

CIRCULAR 005 DE 09 DE MARÇO DE 1989

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, na forma do disposto no art. 36, alínea "c" do Decreto-lei nº 73, de 21.11.66;

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar as Normas para o Seguro Grupal de Assistência Médica e/ou Hospitalar, no plano temporário por 1 (um) ano, renovável, na forma dos anexos, que ficam fazendo parte integrante desta Circular.

Art. 2º - Esta Circular entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas a Circular SUSEP nº 40/81 e as demais disposições em contrário.

JOÃO REGIS RICARDO DOS SANTOS
Superintendente

Anexo à Circular nº 05/89

Capítulo 1 - CONCEITUAÇÃO - ELEMENTOS GERAIS

1 - OBJETIVO DO SEGURO

O seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos na apólice, para cada evento, o pagamento das despesas médico-hospitalares efetuadas com o tratamento do Segurado ou de seus dependentes devidamente incluídos na apólice, decorrentes de doença ou acidente.

1.1 - Para os efeitos destas normas, evento é todo conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do segurado em decorrência de acidente pessoal ou doença.

2 - GRUPO SEGURÁVEL

É o conjunto de pessoas devidamente caracterizado na apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por vínculo concreto ao Estipulante.

3 - ESTIPULANTE

É a pessoa jurídica que admite a contratação de seguros através de estatuto ou de decisão administrativa.

3.1 - O Estipulante fica investido dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora, devendo ser encaminhados ao mesmo todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, inclusive alterações dos limites de cobertura, bem como inclusão e exclusão de segurados.

4 - GRUPO SEGURADO

É, em qualquer época, o conjunto dos componentes do grupo segurável efetivamente aceitos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor.

5 - SEGURADO PRINCIPAL

É o Segurado que mantém vínculo direto com o Estipulante.

6 - DEPENDENTES SEGURÁVEIS

O seguro poderá ser extensivo aos cônjuges, companheiros e filhos e a outros assim considerados pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

7 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

A Seguradora poderá exigir declaração pessoal de saúde dos componentes para ingresso na apólice e/ou estabelecer prazos de carência para adesão ao plano.

8 - SUSPENSÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

O não pagamento do prêmio, por parte do Segurado, até o dia de seu vencimento, ensejará a suspensão de cobertura constante das garantias do plano, para o mesmo e seus dependentes.

9 - REABILITAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

O Segurado que tiver cobertura suspensa e pagar o prêmio devido até o 60 (sexagésimo) dia posterior ao do seu vencimento, terá a cobertura reabilitada para os eventos ocorridos a partir da data do respectivo pagamento.

10 - EXCLUSÃO DO SEGURADO PRINCIPAL DA APÓLICE

As coberturas do Segurado Principal cessarão automaticamente:

- a) quando este solicitar por escrito sua exclusão;
- b) quando o Segurado Principal deixar de efetuar o pagamento do prêmio por prazo superior a 60 (sessenta) dias da data do vencimento;
- c) com o cancelamento da apólice;
- d) em caso de fraude, tentativa de fraude ou dolo;
- e) com a cessação do vínculo entre o Segurado e o Estipulante. No caso de aposentadoria não decorrente de invalidez, desde que o prêmio continue sendo pago e o Segurado tenha cumprido uma permanência mínima no seguro, que não poderá ser fixada em mais de cinco anos, ficam a este asseguradas condições compatíveis com as atualmente contratadas.

11 - CESSAÇÃO DO SEGURO DOS DEPENDENTES

A cessação do seguro dos dependentes do Segurado principal ocorrerá quando perder a condição de dependente pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social e também nos seguintes casos:

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) com a cessação do seguro do Segurado principal;
- c) com o cancelamento da Cláusula de Inclusão de Dependentes da apólice.

12 - REGIME DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Caberá ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

12.1- A Seguradora efetuará o pagamento mediante a apresentação dos comprovantes das despesas e relatórios do médico assistente.

12.2- As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro, de acordo com o índice fixado nas condições da apólice para esse fim, e respeitando-se o limite de cobertura estabelecido.

12.3- Desde que preservada a livre escolha, poderão as Seguradoras estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao segurado.

13- LIMITES DE COBERTURA

São os valores máximos de responsabilidade a cargo da Seguradora, estabelecidos na apólice.

14- FRANQUIAS E CARÊNCIAS

Será facultativa a fixação de franquias e carências, as quais serão estabelecidas na apólice.

14.1 – Em caso de estipulação de carência, o segurado terá garantida a prorrogação automática de, pelo menos, um período correspondente à carência fixada, desde que validamente cumpridas suas obrigações contratuais, respeitada a prerrogativa de cancelamento por impossibilidade de manutenção do grupo.

**Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 13.03.89.*

14.2 – Não haverá carência para os pagamentos decorrentes de acidente pessoal, entendendo-se como tal o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, torne necessário um tratamento médico.

15- PRÊMIOS

Os prêmios serão estabelecidos nas Notas Técnicas Atuariais de cada Seguradora, devidamente aprovadas pela SUSEP.

16- CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro poderá ser:

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

17 – VIGÊNCIA DA APÓLICE

O prazo de vigência da apólice é de 1 (um) ano, no mínimo.

17.1 – A apólice ficará automaticamente renovada ao fim de cada período de vigência caso não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante até 30 (trinta) dias antes do seu vencimento.

18- CANCELAMENTO DA APÓLICE

A apólice poderá ser cancelada pela Seguradora mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, em caso de fraude, tentativa de fraude e dolo por parte do Estipulante ou se a natureza dos riscos vier a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção.

18.1 – Nos seguros contributários, se o Estipulante deixar de recolher os prêmios pagos pelos segurados á Seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos segurados, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

18.2 – Nos seguros não-contributários o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento da apólice, respondendo a Seguradora pelos sinistros que venham a ocorrer até a data da formalização do cancelamento.

19- COMISSÕES

Poderão ser concedidas comissões, na forma a seguir:

19.1 – A Comissão de Corretagem será fixada em determinada percentagem do prêmio.

19.2 – A Comissão dos angariadores de cartões – proposta será fixada em percentagem sobre o primeiro prêmio individual.

19.3 – A Comissão de Administração ou pró-labore será concedida ao Estipulante, ou à Pessoa Jurídica, até o máximo de 10% (dez por cento), desde que o mesmo administre efetivamente a apólice.

19.3.1 – Quando a cobrança de prêmios for através de desconto ou consignação em folha, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, poderá aquele receber a Comissão de Administração sobre os prêmios que retiver, sendo esta deduzida da Comissão de Administração devida ao Estipulante.

20 - REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Os critérios de reavaliação técnica anual do prêmio da apólice com base em resultados anteriores deverão constar da Nota Técnica Atuarial aprovada pela SUSEP.

21- RESPONSABILIDADE PELOS CÁLCULOS

Nas folhas de cálculo e nos relatórios de reavaliação do prêmio deverão constar, obrigatoriamente, as assinaturas de um diretor eleito e do atuário responsável com a indicação do número de seu registro no Instituto Brasileiro de Atuaria – IBA.

§ 1º - É de inteira responsabilidade das seguradoras e dos respectivos atuários o acompanhamento dos parâmetros adotados durante toda a vigência da apólice.

§ 2º - As seguradoras deverão manter, em seus arquivos, devidamente classificadas, as folhas de calculo ou de recálculo à disposição da SUSEP, por prazo de 5 (cinco) anos.

§3º - Sempre que necessário será solicitada ao Instituto Brasileiro de Atuaria – IBA a apuração da responsabilidade do atuário por quaisquer inadequações verificadas na metodologia atuarial do plano.

22 - REAJUSTE MONETÁRIO

Os limites de cobertura e os respectivos prêmios para as garantias principais e acessórias serão reajustados segundo o índice fixado nas condições da apólice.

22.1 – O reajuste aplicado aos aposentados será feito na mesma proporção do reajuste para os segurados ativos, como se o aposentado em atividade estivesse.

NORMAS PARA O SEGURO GRUPAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E HOSPITALAR

CAPÍTULO II

GARANTIAS DO SEGURO

1- GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro são as seguintes:

- PRINCIPAIS

- 1- Despesas Hospitalares;
- 2- Despesas Médicas nos casos de Internação Hospitalar;
- 3- Pequenas Cirurgias e Tratamentos Ambulatoriais.

- ACESSÓRIAS

- 4- Consultas Médicas;
- 5- Exames Complementares;
- 6- Tratamentos Fisioterápicos;
- 7- Partos;
- 8- Tratamento Dentário.

1.1 – O seguro, obrigatoriamente, deverá abranger todas as garantias principais.

1.2 - O seguro poderá abranger uma ou mais garantias acessórias.

2- DESPESAS HOSPITALARES

Serão cobertas as despesas hospitalares abrangendo:

- a) Internação;
- b) Serviços Gerais de Enfermagem;
- c) Alimentação;
- d) Exames complementares indispensáveis para controle da evolução da doença, realizados após a internação hospitalar e até a data da alta hospitalar;
- e) Medicamentos, anestésicos, oxigênio, transfusões e demais recursos terapêuticos ministrados durante o período de internação hospitalar;
- f) Taxa de sala de operação, inclusive material utilizado, de acordo com o porte cirúrgico;
- g) Unidade de terapia intensiva ou isolamento, quando e enquanto determinado pelo médico assistente;
- h) Remoção do paciente, quando comprovadamente necessário, em território brasileiro;

i) Sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme a prescrição do médico assistente;

j) Despesas de acompanhantes, no caso de pacientes menores de 18 (dezoito anos).

2.1- Os casos de clínica médica de urgência somente serão passíveis de cobertura em casos graves, que determinem risco de vida imediato ou sofrimento intenso, e que não possam ser tratados na residência do Segurado.

3- DESPESAS MÉDICAS

As despesas médicas e outros procedimentos serão cobertos até os limites fixados na nota técnica aprovada pela SUSEP.

4- PEQUENAS CIRURGIAS E TRATAMENTOS AMBULATORIAIS

Os casos de pequenas cirurgias e tratamentos ambulatoriais serão cobertos até o limite estabelecido no plano.

5- CONSULTAS MÉDICAS

As consultas médicas realizadas fora do estabelecimento hospitalar serão cobertas até o limite do plano.

6- EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames complementares, realizados fora do estabelecimento hospitalar, serão cobertos até os limites do plano, desde que fundamentados pelo médico assistente.

7- TRATAMENTOS FISIOTERÁPICOS

As despesas com tratamentos fisioterápicos serão cobertas até o limite do plano.

7.1 – Somente serão passíveis de cobertura as aplicações executadas por fisioterapeutas oficialmente registrados e credenciados, mediante indicação expressa do médico assistente.

7.2 – A repetição de tratamento somente será aceita se devidamente justificada através de relatório do médico assistente.

8- PARTOS

As despesas com partos normais ou cesarianas, indistintamente, serão cobertas até o limite do plano.

8.1- Os abortamentos estarão cobertos, desde que espontâneos ou nas hipóteses previstas no art. 128 do Código Penal, devidamente justificado pelo médico assistente.

8.2 – As despesas decorrentes de curetagem e laqueadura de trompas, desde que determinadas exclusivamente em razão de risco de vida, estarão cobertas, mediante justificativa do médico assistente.

9-TRATAMENTO DENTÁRIO

As despesas com tratamentos dentários estarão cobertas, de acordo com as condições e limites do plano aprovado pela SUSEP.

10- DESPESAS NÃO COBERTAS

10.1 – Estão excluídas da cobertura do seguro, tenha ou não havido internação hospitalar, as despesas decorrentes de:

- a) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;
- b) tratamentos experimentais e medicamentosos, ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) moléstias ou acidentes ocorridos em consequência de atos ou operações de guerra, revoluções, tumultos ou outras perturbações de ordem pública e deles provenientes;
- d) danos físicos e lesões resultantes de radiações e/ou emanações nucleares ou ionizantes;
- e) epidemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população.

10.2- Se o plano de seguro prever a exclusão de outras despesas não mencionadas em 10.1, o contrato deverá conter cláusula em que estejam expressamente listados esses gastos não cobertos, de forma a possibilitar ao segurado a exata avaliação do âmbito de atuação do seguro.

10.3 - São passíveis de cobertura, mediante inclusão expressa na apólice e pagamento do prêmio correspondente: despesas extraordinárias e de acompanhantes, enfermagem em caráter particular, reabilitação em geral, internações para convalescença, senilidade e repouso e outras despesas, a critério da Seguradora e do grupo segurado, desde que equilibrado atuarialmente o plano apresentado.