

Apostila

CFP[®]

→ MÓDULO 4



**REDE DO
CONHECIMENTO**

 FENAE  APCEF





Neste módulo serão apresentados vários tipos de seguros o que permitirá com que o profissional faça uma análise mais apurada dos riscos aos quais seus clientes estão expostos. E assim poderá fundamentar uma sugestão de quais riscos fazem sentido uma contratação de seguro, ou não, de acordo com as necessidades do cliente.

Vale destacar que a prova tem cobrado as questões de maneira mais prática, portanto, requer uma boa assimilação das especificidades e da aplicabilidade de cada seguro.

Este módulo representa de 9% a 13% da prova, contendo 15 questões. O candidato que optar pela prova completa terá que acertar pelo menos 7 itens. Já aquele que optar pelo modelo separado deverá acertar no mínimo 70% (10 questões).

O aluno precisará saber:

- Para que serve cada seguro;
- Cálculo do valor da indenização;
- Entender os Custos do Prêmio cobrado;
- Regras para pagamento de indenização.

SUMÁRIO

1. CONCEITOS DE SEGUROS E RISCOS	7
1.1 Risco (definição)	7
1.2 O que é sinistro?	7
1.3 Seguro	8
1.4 Gerenciar risco	8
1.5 Riscos seguráveis e não seguráveis	9
1.6 Riscos seguráveis	10
1.7 Fundamentos de Gestão de Risco	11
1.8 Ciclo da Vida Financeira	12
1.9 Conceitos básicos do seguro e razões para contratar	13
1.10 Glossário	13
2. FUNDAMENTO DE SEGUROS	15
2.1 Classificação dos seguros: sociais e privados	18
2.1.1 Seguros Sociais	18
2.1.2 Seguros Privados	18
2.2 Termos técnicos	19
2.2.1 Prêmios	19
2.2.2 Importância Segurada	21
2.2.2 Métodos para determinar o valor de um seguro de vida	21
2.2.3 Coberturas	24
2.2.4 Perdas e Sinistro	25
2.2.5 Danos	26
2.2.6 Sinistros em série, Base de Ocorrência e Base de Reclamação	26
2.2.7 Franquia	26
2.2.8 Conceito de Carência	27
3. ASPECTOS LEGAIS DO SEGURO	28
3.1 Componentes básicos de um contrato de seguro	29
3.2 Obrigações do Segurador, Segurado e Corretor	30
3.3 Prescrição	31
3.4 Processo de indenização	31
4. SEGUROS ESPECÍFICOS	33
4.1 Seguro de Pessoas	33

4.1.1 Seguro de vida	33
4.1.1.1 Seguro de vida – Coletivo	35
4.1.1.2 Seguro de vida – Individual	36
4.1.1.2.1 Seguro de vida – Inteira	37
4.1.1.2.2 Seguro de Vida – Temporário	39
4.1.1.2.3 Seguro de Vida – Cobertura Doenças Graves (DG)	39
4.1.1.2.4 Seguro de Vida – Resgatável	40
4.1.1.2.4.1 Seguro Vida – Dotal Puro	40
4.1.1.2.4.2 Seguro de Vida – Dotal Misto	44
4.1.1.2.5 Seguro de vida – Substituição de renda	45
4.1.2 Seguro Acidentes Pessoais	47
4.1.3 Seguro Educacional	51
4.1.4 Seguro Viagem	52
4.1.5 Seguro Prestamista	53
4.1.6 Seguro Funeral	54
4.2 Seguro de Automóvel	54
4.2.1 Seguro Facultativo de Automóvel	54
4.2.2 Seguros Obrigatórios de Automóvel	58
4.3 Seguro Residencial	62
4.4 Seguro Saúde	65
4.5 Seguro Responsabilidade Civil (RC)	73
4.5.1 Responsabilidade Civil Profissional (E&O)	74
4.5.2 Responsabilidade Civil de Diretores e Administradores (D&O – Directors and Officers Liability Insurance)	77
4.5.3 Responsabilidade Civil Geral (RCG)	78
4.6 Seguro de Garantias	80
4.6.1 Seguro de Garantia Contratual	82
4.6.2 Seguro de Garantia Judicial	83
4.6.3 Seguro de Garantia Locatícia	83
4.7 Seguro Rural	85
4.8 Outros Seguros	87
5. ASPECTOS TRIBUTÁRIOS DOS SEGUROS	89
5.1 Imposto sobre Operações Financeiras (IOF)	89
5.2 Imposto de Renda (IR)	90

INTRODUÇÃO

Existe uma série de soluções no mercado para prevenir os riscos que uma pessoa pode necessitar para se proteger. Vejamos o exemplo do Adamastor.

Adamastor é casado, tem dois filhos menores de idade, possui uma empresa de construção civil. Sua renda depende do seu lucro, mas é complementada pela renda de Chiara, diretora de finanças numa empresa. Possui um imóvel financiado, com saldo ainda de 10 anos para pagar. O pagamento é feito com o salário da Chiara, pois Adamastor mantém as outras despesas da família. Além disso, a empresa de Adamastor está num imóvel alugado. O casal possui dois carros, um deles fundamental para o trabalho do Adamastor.

QUAIS SÃO OS RISCOS DE ADAMASTOR ?

	Risco	Tipo de Seguro
1	Morrer	Seguro de vida
2	Perder a renda	Seguro prestamista
3	Acidente provocado pela empresa	Responsabilidade Civil
4	Aposentadoria do Adamastor	Previdência
5	Carro	Seguro para o carro
6	Educação dos filhos	Seguro Educacional
7	Locação do imóvel	Fiança
8	Problemas de Saúde	Seguro Saúde
9	Acidente ou problemas de saúde do Adamastor	Acidentes pessoais ou renda temporária.
10	Falência da empresa	Não tem

IMPORTÂNCIA SOCIAL E ECONÔMICA DO SEGURO

A seguradora sabe que apenas uma proporção do total de segurados será sinistrada e, portanto, demandará indenização. No processo do seguro, ganham tanto segurados quanto seguradoras.

Assim, a disponibilidade do seguro incentiva a economia, pois o consumidor segurado tem tranquilidade para adquirir bens de valor mais alto. Assim como, o empresário segurado tem, por sua vez, confiança para realizar mais investimentos que podem exigir maior nível de capital, seu e de terceiros.

Sem seguro, algumas ações de consumo e investimento, principalmente as de maior valor e risco, não existiriam ou seriam em muito diminuídas, com prejuízos econômicos ao país.

1 CONCEITOS DE SEGUROS E RISCOS

- *Definição de Risco e Seguro*
- *O que é Sinistro?*
- *Gerenciar o risco*
- *O que é prêmio de seguro?*
- *Como funcionam os seguros?*
- *Riscos seguráveis e não seguráveis*

1.1 RISCO (DEFINIÇÃO)

É um **evento ou condição incerta**, que pode ou não ocorrer no futuro, e cuja ocorrência tem um efeito negativo e que pode ser expresso em termos monetários. Ou seja, o risco pode gerar oscilações de parâmetros que afetam o patrimônio. Sem risco não pode haver contrato de seguro.

- Esse evento pode ser completamente incerto, como a queda de um raio, ou certo, mas acontecendo em data incerta, como a morte.
- O impacto financeiro de um sinistro pode atingir milhões de reais e levar a empresa, que não se precaveu à falência, ou o indivíduo, a perder parte substancial de um patrimônio que lhe exigiu anos para acumular. É nesse momento que o seguro se torna importante.



1.2 O QUE É SINISTRO?

É o termo utilizado para a ocorrência do evento incerto, causador de perda econômica **definido contratualmente**, que obriga a seguradora a indenizar.

1.3 SEGURO



Denomina-se contrato de seguro aquele que estabelece para uma das partes (**SEGURADOR**), mediante recebimento de um prêmio da outra parte (**SEGURADO ou BENEFICIÁRIO**), fica com a obrigação de pagar ao segurador, ou à pessoa por ela designada, determinada importância (**INDENIZAÇÃO**), no caso da ocorrência de um evento futuro e incerto (sinistro), ou de data incerta, previsto no contrato.

1.4 GERENCIAR RISCO

1. Evitar o risco

Viagem de Carro (avaliação do Veículo) / **Viajar de Avião**

+ risco / - risco

2. Correr o risco

A. **Autosseguro:** indivíduo acumula um montante em dinheiro para compensar determinada perda potencial que pode sofrer no futuro.

B. **Mutualismo:** é divisão das perdas entre os interessados.

Ex. Consórcio, exige uma taxa para cobertura de inadimplência, caso algum(s) venham a não pagar essa reserva é utilizada para garantir a entrega do bem.

C. **Seguro:** Opção que envolve a transferência do risco de perda de uma entidade (empresa ou indivíduo) para outra entidade (seguradora) que assume os riscos e recebe em troca um prêmio.

O conjunto dos prêmios de vários riscos, muitos sem sinistro, permite às seguradoras a formação de reservas para pagar os sinistros.

Como funciona o mercado de Seguros:



Como funcionam os seguros?



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).

**Obs.: deverão encaminhar o documento de cobrança em até cinco (5) dias úteis antes da data do respectivo vencimento.*

1.5 RISCOS SEGURÁVEIS E NÃO SEGURÁVEIS

Não Segurável:

- Você tem uma carteira de ações e teme que os papéis caiam fortemente. (Correlação dos Ativos)

- **Não são evento INDEPENDENTES**
- Você abriu uma empresa e teme não atingir a taxa de lucro que estimou.
- **Quantas empresas existem no seu ramo? Quantas já quebraram?**
- **NÃO HÁ EXPERIENCIA SUFICIENTE**
- 1-Você vai viajar para uma região perigosa e teme ser vítima de um atentado terrorista. 2-Um viciado vai jogar num cassino e teme perder o dinheiro que reservou para isso.
- **NÃO HÁ SELEÇÃO ADVERSA, não é Aleatório**
- Você precisa tirar certa nota em um exame e teme não ser capaz de fazê-lo.
- **NÃO PODE SER MONETIZADO, depende do seu esforço.**
- Você vai mudar de cidade e teme que seu carro ou residência sofram com: furacões, terremotos e demais **EVENTOS CASTRATRÓFICOS (NÃO SÃO SEGURÁVEIS)**.



1.6 RISCOS SEGURÁVEIS

Para o Risco ser Segurável ele deve:

- **Lei dos Grandes Números** (Ter um grande número de eventos).
 - É esse aspecto da teoria de probabilidade que permite à seguradora lidar com as variações nos **padrões de perdas** existentes no mundo real.

Exemplo: A chance de um carro bater é de 1 em 10. Fazer o seguro de apenas um carro. Se houver sinistro, a seguradora terá prejuízo. Já se ela tiver 1 milhão de carros segurados, é quase certo que 100 mil irão bater (mas nunca se sabe qual).

- **Eventos independentes entre si** (desconcentração de riscos).
 - O risco de ocorrer de forma acidental e não intencional. Então uma seguradora formará uma carteira de seguro rural, não se restringirá apenas numa região, ou no caso de seguro de incêndio, ela não vai pegar vários apartamentos em um mesmo prédio.

Exemplo: O fato de um motorista bater o carro não tem nada a ver com a chance do outro motorista bater o carro. **Diferente da probabilidade de um soldado morrer na guerra. Se um morre, a chance do outro morrer é maior, pois está na mesma guerra.**

- **Acontecimentos suficientes**

- Que permita o cálculo correto de probabilidades.

Exemplo: Ao analisar um mercado de 20 milhões de veículos, verificou-se que a probabilidade de bater o carro é de 1 em 10. Esse é o número base para calcular o prêmio e estimar o lucro. Já a probabilidade de uma empresa dar lucro não é calculável, portanto, não há como fazer seguro.

- **Baixa incidência de “risco moral”**

- O “risco moral” está relacionado à chamada assimetria de informação, pois as seguradoras têm dificuldade de saber de antemão como reagirão seus segurados depois de contratado o seguro.

Exemplo: A probabilidade de bater o carro é maior para quem tem seguro, pois o **motorista tende a ser menos cauteloso. A probabilidade de bater o carro é de 1 em 10 para segurados, mas melhora para 1 em 12 para não segurados.** Esse é um motivo que faz com que normalmente se tenha franquias no seguro, para causar prejuízo ao segurado em caso de acidente.

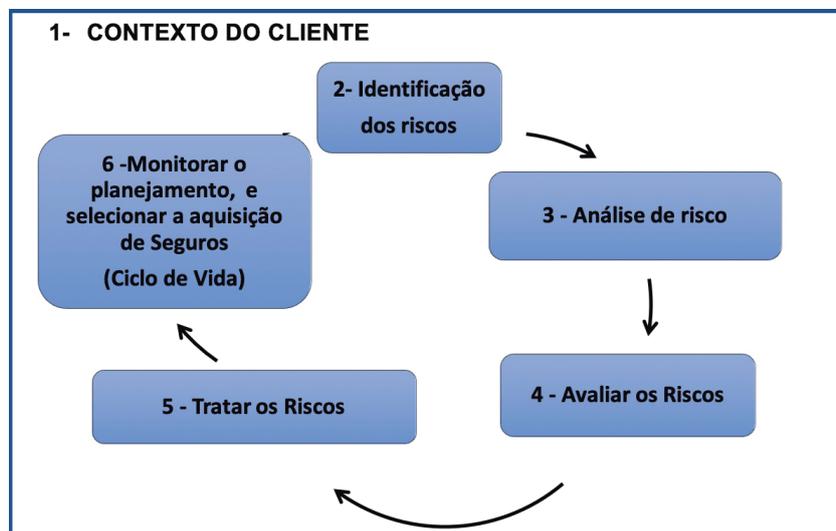
- **Baixa incidência de “seleção adversa”**

- “seleção adversa” se refere a um processo de mercado em que os resultados “ruins” são naturalmente “selecionados” (contratados) em detrimento dos bons. Novamente, a seleção adversa é um risco em todos os ramos de seguros, mas onde ela se tornar dominante, pode tornar o risco não segurável.

Exemplo: **Pessoas que dirigem muito tem mais interesse no Seguro de Automóvel em relação a pessoas que dirigem pouco.** Isso porque eles reconhecem o risco maior de bater o carro, enquanto quem dirige pouco tem menos preocupação. **As seguradoras tentam traçar um perfil de uso, um motorista de aplicativo certamente pagará um seguro mais elevado, por sua maior exposição a sinistros.**

1.7 FUNDAMENTOS DE GESTÃO DE RISCO

Para realizar uma gestão de risco eficaz para o cliente, o planejador financeiro precisa saber qual o contexto do cliente, a quais riscos ele está exposto, quais desses riscos são seguráveis, e se são viáveis financeiramente. O processo de gestão da norma ISO 30.000 pode auxiliar o planejador a preparar um melhor gerenciamento de risco para indivíduos.



1. **Entender o contexto do cliente:** qual é o seu ambiente: legal, cultural, político e econômico.
2. **Identificação dos riscos:** gerar uma lista abrangente de riscos que possam criar, aumentar, evitar, reduzir, acelerar ou atrasar a realização dos objetivos do cliente.
3. **Análise de riscos:** envolve a observação das origens dos riscos, verificar a probabilidade de suas ocorrências e seus possíveis efeitos.
4. **Avaliação de riscos:** no processo de planejamento financeiro pessoal considera três questões principais: Bens Patrimoniais, Financeiro e Familiar (vide esquema abaixo). Pode-se ainda, avaliar consequências econômicas e sociais de sinistros, primordiais na análise de riscos empresariais.
5. **Tratar riscos:** após a avaliação, se os riscos são toleráveis ou não, deve-se executar a estratégia para tratamento dos riscos e verificar a efetividade da estratégia adotada.
6. **Monitoramento e análise crítica:** é importante que as responsabilidades relativas ao monitoramento e à análise crítica sejam claramente definidas, e que periodicamente, ou circunstancialmente se faça uma reavaliação.



1.8 CICLO DA VIDA FINANCEIRA



Baseado BVM&F Bovespa e MODIGLIANI, F. Life Cycle, Individual Thrift, and the Wealth of Nations (1986)

1.9 CONCEITOS BÁSICOS DO SEGURO E RAZÕES PARA CONTRATAR

Os três princípios do seguro:

1. Ser Previdente

Segundo dicionário *Priberam* significa: **que prevê; precavido; acutelado; prudente; sensato.**

2. Incerteza

É **aspecto aleatório** quanto à ocorrência de determinado evento, se ele irá ou não ocorrer, e que época o fato virá a ocorrer.

3. Mutualismo

É **divisão das perdas entre os interessados.** É através desse princípio que as empresas de seguros conseguem repartir os riscos tomados, diminuindo, desse modo, os prejuízos que a realização de tais riscos lhes poderia trazer.

1.10 GLOSSÁRIO

- **Apólice:** documento emitido pela empresa formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
- **Beneficiário:** é a pessoa física ou jurídica a favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro.
- **Benefício:** importância que o segurador deve pagar na liquidação do contrato e que consiste em um capital ou uma renda, no seguro de vida. Não está sujeito às obrigações ou dívidas do segurado.
- **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.
- **Endosso:** documento que configura qualquer alteração no contrato, feito de comum acordo entre o segurado e a seguradora.
- **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.
- **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 Seguro intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- **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 Seguradora se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar a outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos previstos nas condições contratuais.
- **Sinistro:** representa a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Estrutura do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP)



Isto é básico

CNSP: fixa as diretrizes e normas da política de Seguros Privados no Brasil.

SUSEP: regula, supervisiona, controla, fiscaliza e incentiva as atividades de seguro no Brasil.



Sistema Nacional de Seguros Privados

O SNSP foi instituído pelo Governo Federal por meio do Decreto-Lei nº 73/1966, art. 8º:

2 FUNDAMENTO DE SEGUROS

CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP

Responsável por fixar normas e diretrizes da política de seguros privados e resseguros.

- Regular a constituição, organização, funcionamento e fiscalização dos que exercem atividades subordinadas ao Sistema Nacional de Seguros Privados, bem como a aplicação das penalidades previstas.
- Fixar características dos contratos de previdência aberta, capitalização e resseguro.
- Conhecer dos recursos de decisão da SUSEP e do IRB;
- Determinar critérios de constituição de Sociedades seguradoras, de Capitalização, Previdência privada Aberta e Resseguros
- Disciplinar as regras de corretagem dos profissionais de seguros.

Composição: Ministro da Economia; Superintendente da SUSEP e Representantes do: Ministério da Justiça, da Previdência e Assistência Social; Banco Central do Brasil e CVM.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP

Responsável pela regulação, controle e fiscalização dos mercados de seguros (exceto seguro saúde), previdência privada, capitalização e resseguro. Cabe ainda à SUSEP zelar pela defesa dos interesses dos consumidores, esclarecer as dúvidas dos mesmos, receber e encaminhar as suas reclamações e denúncias contra seguradoras, corretores de seguros e outros órgãos do mercado de seguros.

- Fiscalizar a constituição, organização, funcionamento e operação das Sociedades Seguradoras, de Capitalização, Entidades de Previdência Privada Aberta e Resseguradores, na qualidade de executora da política traçada pelo CNSP;
- Atuar no sentido de proteger a captação de poupança popular que se efetua através das operações de seguro, previdência privada aberta, de capitalização e resseguro;
- Promover o aperfeiçoamento das instituições e dos instrumentos operacionais a eles vinculados, com vistas à maior eficiência do Sistema Nacional de Seguros Privados e do Sistema Nacional de Capitalização;
- Promover a estabilidade dos mercados sob sua jurisdição, assegurando sua expansão e o funcionamento das entidades que neles operem;
- Zelar pela liquidez e solvência das sociedades que integram o mercado;
- Disciplinar e acompanhar os investimentos daquelas entidades, em especial os efetuados em bens garantidores de provisões técnicas;

- Cumprir e fazer cumprir as deliberações do CNSP e exercer as atividades que por este forem delegadas;
- Prover os serviços de Secretaria Executiva do CNSP.

SOCIEDADES AUTORIZADAS A OPERAR EM SEGUROS PRIVADOS (SEGURADORAS)

São sociedades anônimas (SA), especializadas em pactuar contrato por meio do qual assumem a obrigação de pagar ao contratante (segurado), ou a quem este designar, uma indenização caso ocorra o risco indicado e temido, recebendo para isso o prêmio estabelecido.

ENTIDADES ABERTAS DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR (EAPC)

São aquelas constituídas unicamente sob a forma de S.A., que têm por objetivo principal instituir planos que podem ter coberturas de morte, invalidez ou sobrevivência. (São vistas em detalhes no módulo).

CORRETORES DE SEGUROS

- São pessoas físicas (PF) ou jurídicas (PJ) autorizadas, e certificadas por meio de exame da Escola Nacional de Seguros, a intermediar contratos de seguros.
- São remunerados por meio de comissão (porcentagem) sobre o valor do prêmio pago pelo segurado.
- Os corretores são PJs ou PFs não tem exclusividade com as seguradoras, para defender os interesses dos segurados.

**No Brasil, as seguradoras só podem receber propostas de seguros por parte de corretores legalmente habilitados ou diretamente dos proponentes, mas o comissionamento da intermediação é obrigatório.*

RESSEGURO

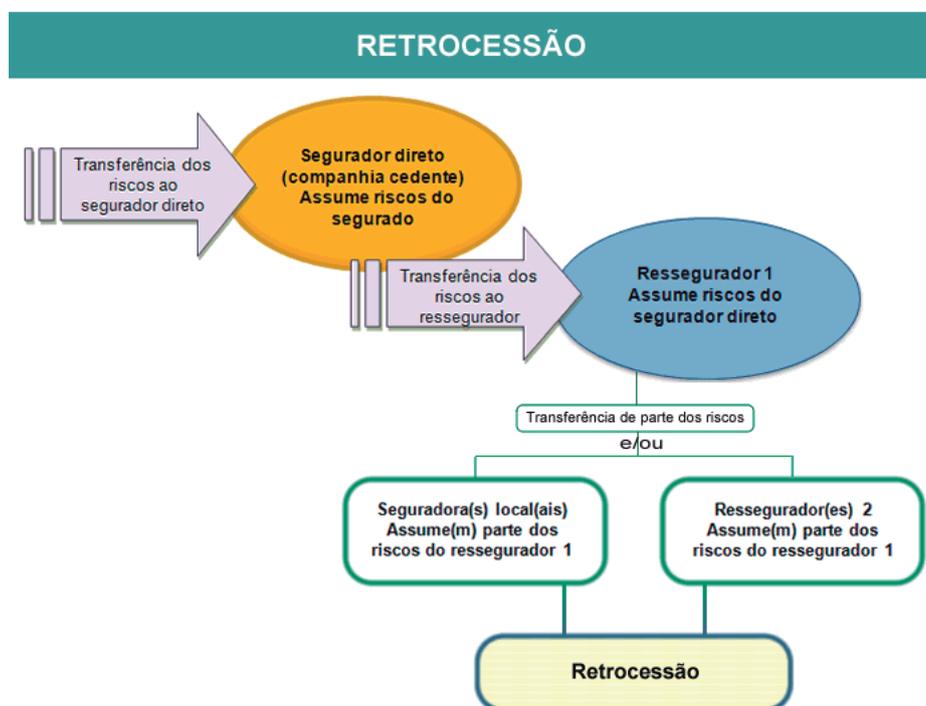
É fundamental para o mercado de grandes apólices e para diluir o risco de colocação dos grandes contratos. **O Resseguro é o seguro das seguradoras.** É um contrato em que o ressegurador assume o compromisso de indenizar a companhia seguradora (cedente) pelos danos que possam vir a ocorrer em decorrência de suas apólices de seguro.

O contrato de resseguro pode ser feito para cobrir um determinado risco isoladamente ou para garantir todos os riscos assumidos por uma seguradora em relação a uma carteira ou ramo de seguros.

A operação de resseguro permite que a seguradora diminua sua responsabilidade em relação a um risco considerado excessivo para sua capacidade financeira. A seguradora cedente transfere a uma Resseguradora, total ou parcialmente, um risco assumido através da emissão de uma apólice ou um conjunto delas.

Tecnicamente, o resseguro é um contrato que visa manter a solvência dos seguradores, através da diluição dos riscos, podendo em alguns casos, ser necessário por força de contrato ou regulação. Um dos casos em que o resseguro passa a ser obrigatório é o de **excesso de danos**, um exemplo são operações de plataformas de petróleo, conglomerados industriais, mineradoras, etc.

Outro caso que pode ser obrigatório, é caso de **excedente de responsabilidade**, onde a seguradora cedente baseada nos seus cálculos de riscos, contrata uma resseguradora afim de não ultrapassar o valor do seu **limite de retenção**. A variação do percentual de cessão, que é diferente em cada risco, merece atenção especial para que a contabilidade reflita com fidelidade as contas do resseguro excedente de responsabilidade. A compreensão facilitada do ressegurador auxilia na agilidade do pagamento das recuperações de resseguro (indenizações do sinistro).



Fonte: Apostila da Escola Nacional de Seguros. Disponível no site <https://www.tudosobreseguros.org.br/o-que-e-2/>.

CESSÃO DE RESSEGURO

É quando a seguradora que transfere parte de determinado risco ou de uma carteira de riscos a um ressegurador cede parcela da responsabilidade que assumiu mediante contratos de seguros.

RETROCESSÃO

É mecanismo que o ressegurador dispõe para repassar parte das responsabilidades que assumiu para outro ressegurador, ou para companhias seguradoras locais, a fim de proteger seu patrimônio. Nessa operação, são cedidos riscos, informações e parte do prêmio de seguro. Em resumo, **é o resseguro do ressegurador**.

COSSEGURO

É divisão de um risco segurado entre várias Seguradoras, cada uma das quais se responsabiliza por uma quota-parte determinada do valor total do seguro.

A **Seguradora Líder** é indicada na apólice e assume a **responsabilidade de administrar o contrato, e representar** todas as demais **no relacionamento** com o segurado, inclusive em caso de sinistro.

Segundo o autor Villas Boas Cosseguro é uma forma de pulverização de riscos, de maneira que o excedente é repassado para outras seguradoras do mercado, assumindo cada qual uma parte da responsabilidade no total segurado.

*Há ainda duas instituições de Seguros que merecem ser mencionadas:

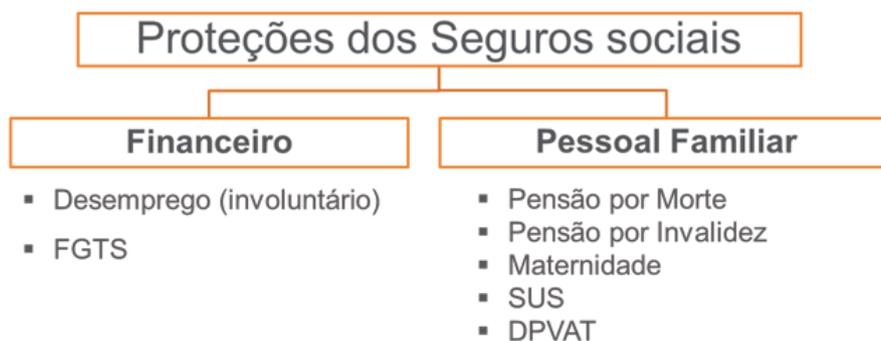
- **A Associação Brasileira das Empresas de Resseguros – ABER**, associação civil sem fins lucrativos, congrega e representa as empresas do ramo de resseguros que atuam no Brasil.
- **Instituto de Resseguros do Brasil (IRB)** é uma empresa de capital aberto desde 2017 e está entre as 8 maiores resseguradoras do mundo.

2.1 CLASSIFICAÇÃO DOS SEGUROS: SOCIAIS E PRIVADOS

2.1.1 SEGUROS SOCIAIS

São controlados pelo **Estado**, organizado pelo Ministério da Previdência Social e executado pelos: **Instituto Nacional da Previdência Social (INSS)**; Ministérios da Saúde e Trabalho; e secretarias nos Estados.

- As maiores finalidades são proteger a população mais carente de:
 - **invalidez;**
 - **morte e idade avançada;**
 - **doenças;**
 - **desemprego (involuntário).**
- **Não visa lucro e não faz escolhas de riscos**
- Tem **caráter equitativo** e costuma ser obrigatório.



2.1.2 SEGUROS PRIVADOS

- **Seguros de Vida** – visam garantir aos segurados ou terceiros, o pagamento, por um determinado prazo e condições, de quantia certa, renda ou outro benefício.
- **Seguro Saúde** – objetiva assistência à saúde, oferecendo atendimento médico-hospitalar e odontológico, conforme contratos estabelecidos com as Seguradoras de Saúde, segundo as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).
- **Seguros dos Ramos Elementares (outros)** - os que visem a garantir perdas e danos, ou responsabilidades de pessoas ou objetos. São todos os outros seguros tirando os de vida e saúde.

2.2 TERMOS TÉCNICOS

2.2.1 PRÊMIOS

O **Prêmio de seguro** – É a soma em dinheiro paga pelo segurado ao segurador para que este assumira a responsabilidade de um determinado risco.

$$\text{Prêmio de risco} = \frac{\text{Quantidade de sinistros}}{\text{Unidades expostas em risco}} \times \frac{\text{Valor total dos sinistros}}{\text{Quantidade de sinistros}}$$

Ou, de maneira mais resumida:

$$\begin{array}{l} \text{Prêmio de Risco} = \frac{\text{Nº de Sinistros}}{\text{Riscos Pesquisados}} \times \frac{\text{Prejuízo Total}}{\text{Nº de Sinistros}} \\ \text{ou} \\ \text{Prêmio de Risco} = \text{Probabilidade de Sinistro} \times \text{Valor médio} \end{array}$$

PRÊMIO ESTATÍSTICO – Também chamado de **Prêmio de Risco**, visa cobrir o médio. O Cálculo é o quociente entre a expectativa de sinistros ocorridos (em valor, inclusive despesas de regulação de sinistros) e o número de unidades expostas ao risco.

PRÊMIO PURO - Valor correspondente ao prêmio estatístico mais o carregamento de segurança (para cobrir flutuações aleatórias desfavoráveis de sinistros).

$$\text{Prêmio Puro} = \text{Prêmio de Risco} + \text{Carregamento de Segurança}$$

Para fins de Cálculos:

$$\text{Prêmio Puro} = \text{Prêmio de Risco} \times (1 + \% \text{Carregamento de Segurança})$$

PRÊMIO COMERCIAL – Também chamado de prêmio tarifário, é o “prêmio puro” mais o **carregamento comercial*** por unidade de exposição ao risco, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

***O CARREGAMENTO COMERCIAL é composto por:**

- + *Gastos gerais administrativos;*
- + *Comissões de corretagem, outras despesas de aquisição e produção;*
- + *Lucro (ou Remuneração do Capital);*

Prêmio Comercial = Prêmio puro + Carregamento Comercial

Para fins de Cálculo:

$$\text{Índice de Despesas (ID)} = \frac{\text{Carregamento Comercial}}{\text{Prêmio Comercial}}$$

Para fins de Cálculo:

$$\text{Prêmio Comercial} = \frac{\text{Prêmio Puro}}{(1 - \text{índice de despesas})}$$

Prêmio bruto - é o Prêmio efetivamente pago à seguradora. Seu cálculo é o prêmio comercial acrescido de impostos indiretos e encargos como: despesas com emissão de apólices, de juros se houver o custo de parcelamento do prêmio (adicional de fracionamento).

$$\text{Prêmio bruto} = \text{Prêmio Comercial} + \text{Custo de Apólice} + \text{Adicional de Fracionamento} + \text{Impostos Indiretos}$$

Para fins de Cálculo:

$$\text{Prêmio bruto} = (\text{Prêmio Comercial} + \text{Custo de Apólice} + \text{Adicional de Fracionamento}) \times (1 + \text{IOF})$$

Prêmio cobrado ao requerente do seguro é igual ao prêmio bruto multiplicado pelo número de unidades expostas que ele deseja segurar.

Prêmio COBRADO = prêmio bruto x Número de expostos

Exemplo: Uma seguradora possui 20.000 automóveis assegurados, cujo valor médio dos veículos é de R\$35.000,00 e média anual de sinistros de 2.000. Estimasse que a seguradora gaste R\$15.000.000,00 com pagamentos de sinistro por ano, que o percentual médio para o carregamento de segurança é 12% neste ramo de seguros e que o índice de despesas é de 30%. Vamos calcular os prêmios de risco, comercial, bruto e cobrado.

$$\text{Prêmio de Risco} = \frac{\text{Quantidade de Sinistros}}{\text{Unidades Expostas ao Risco}} \times \frac{\text{Valor total dos Sinistros}}{\text{Quantidade de Sinistros}}$$

Ou:

$$\text{Prêmio de Risco} = 15.000.000 / 20.000 = 750,00$$

$$\text{Prêmio Puro} = \text{Prêmio de Risco} \times (1 + \% \text{ Carregamento de Segurança})$$

Prêmio Puro = $750 \times 1,12 = 840$

Prêmio Comercial = Prêmio Puro / (1 - índice de despesas)

Prêmio Comercial = $840 / (1 - 0,30) = 1.200$

Suponha ainda que:

- A. O custo de emissão de apólice seja de R\$ 100,00
- B. A alíquota de IOF seja de 7,5% incidente sobre o prêmio bruto e que
- C. O pagamento seja à vista
- D. Não há custos de corretagem, neste caso.

Prêmio Bruto = $(1200 + 100) \times (1+7,5\%) = 1300 \times 1,075 = R\$ 1.395,50$

Se o interessado pretende segurar cinco bens do tipo citado acima, o

Prêmio Cobrado = $1.395,50 \times 5 = R\$ 6.987,50$

2.2.2 IMPORTÂNCIA SEGURADA

É o valor limite que a seguradora pode pagar como indenização.

- No caso de vida, pode-se estimar o **valor da vida, ou da renda do segurado ou salvado**, iriam conseguir com suas profissões caso continuasse vivos, ou sem invalidez.

Invalidez podem ser classificadas por:

- Permanente ou Temporária;
- Completa ou Parcial;

**Obs.: Há limites máximos de aceitação de capital por vida.*

- **Valor de efetivo** que pode ser: custo reposição do bem assegurado; valor da reparação dos danos causados; valor das custas processos de responsabilidade civil; etc.

2.2.2.1 MÉTODOS PARA DETERMINAR O VALOR DE UM SEGURO DE VIDA

1. **Método valor da vida humana**, estima o valor presente da capacidade de renda líquida do indivíduo, descontados os custos impostos contribuições obrigatórias.
2. **Método da avaliação das necessidades**, busca auferir as necessidades financeiras caso venha a falecer o provedor, elas podem ser:
 - Período de dependência;
 - Financiamento imobiliário;
 - Renda de vida para o Cônjuge;
 - Custos Funerais;
 - Custos educacionais;
 - Custos mensais da família;
 - Etc.

2.2.2.1.1 EXEMPLO - MÉTODO VALOR DA VIDA HUMANA

Adamastor é um pai de família, casado, tem dois filhos sendo um de 10 e outro de 14 anos. Ele tem 40 anos é assalariado, ganha R\$14.679,09 por mês e estima se aposentar aos 70 anos. Quanto deve ser o valor da indenização da vida de Adamastor?

	Mês	Ano
Salário Líquido (mês/ano)	14.679,09	176.149,08
INSS (Teto)	642,34	7.708,08
IRRF (27,5%)	4.036,75	48.441,00
Salário Líquido	10.000,00	120.000,00
30 anos	360	30
	3.600.000,09	3.600.000,09

2.2.2.1.2 EXEMPLO - MÉTODO DA AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES

Vamos ao caso do Adamastor, mas agora veremos mais alguns detalhes importantes para iniciarmos nossa análise:

Renda líquida do principal provedor	10.000/mês
Renda líquida do cônjuge (Chiara)	6.000/mês
Período de dependência dos filhos	
Théo (14 anos) - Período de Dep.	10 anos
Bismark (10 anos) - Período de Dep.	14 anos
Bens (imóvel)	700.000,00
Bens (aplicações financeiras)	150.000,00

- **A idéia aqui é mensurar um valor médio para que a vida da sua família não seja tão impactada financeiramente na sua ausência.**
- Nós vamos considerar que os filhos (Théo de 14 anos e Bismark de 10 anos) **tenham média de 12 anos, e que depois de 12 anos, ou seja, quando estiverem com 24 anos eles tenham nível superior** completo, e possam contribuir com uma renda razoável para o lar.
- Com relação a Chiara, **caso fique viúva ela ainda tem capacidade de se manter com a própria renda, já que os filhos estarão independentes financeiramente após os 24 anos.** A cobertura de seguro será, portanto, calculada para um período de 12 anos.
- Projetamos uma **despesa média mensal de 2,5 mil reais** com educação para conclusão do Ensino Médio e superior dos dois filhos.
- Baseamos parte dos dados nas despesas mensais, levantadas pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), porém aumentamos os gastos mensais para 16 mil/mês, porque entendemos que há algumas particularidades, na família de Chiara e Adamastor.
- Avaliada a despesa mensal, projetamos os valores para os próximos 12 anos. Também adicionamos, o Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), de 4% como ocorre no estado de São Paulo e esse imposto pode variar de acordo com o estado. Incluímos ainda, honorários advocatícios com inventário que foram estimados em 6% dos bens, porém há variações nisso também.

Despesas mensais	R\$ / mês	R\$ / ano
Habitação Financiamento	3.000,00	36.000,00
Habitação - Aluguel	-	-
Habitação - Condomínio	560	6.720,00
Habitação - Energia elétrica	200	2.400,00
Habitação Pacote de telefone, TV e Internet	240	2.880,00
Habitação - Gás doméstico	80	960
Habitação -Água e esgoto	40	480
Habitação Manutenção do lar (diarista)	1.090,00	13.080,00
Habitação Artigos de limpeza	180	2.160,00
Habitação Manutenção, mobiliários e artigos do lar	330	3.960,00
Alimentação	1.500,00	18.000,00
Telefone celular	248	2.976,00
Vestuário	452	5.424,00
Transporte Urbano	300	3.600,00
Combustível - Veículo próprio	680	8.160,00
Manutenção, acessórios, seguro, IPVA	400	4.800,00
Aquisição de veículos	1.230,00	14.760,00
Lazer e viagens esporádicas	1.300,00	15.600,00
Higiene e cuidados pessoais	350	4.200,00
Remédios	320	3.840,00
Plano/seguro-saúde	800	9.600,00
Consulta e tratamento dentário	200	2.400,00
Educação	2.500,00	30.000,00
Despesa mensal total da família	3.000,00	36.000,00
Total	19.000,00	228.000,00
Prestação do Imóvel	+ 3.000,00	+ 36.000,00
	16.000,00	192.000,00
	x 12 anos	2.304.000,00

Reparem que ao final foi descontado o valor das prestações do imóvel, isso porque no financiamento realizado em nome de Adamastor já conta com o seguro prestamista. Então no caso de morte dele o financiamento será liquidado.

Depois de avaliada a despesa mensal, projetamos os valores para os próximos 12 anos. Também adicionamos, o Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação (ITCMD), de 4% como ocorre no estado de São Paulo e esse imposto pode variar de acordo com o estado. Incluímos ainda, honorários advocatícios com inventário foram estimados em 6% dos bens, porém há variações nisso também.

Despesa do Período	-2.304.000,00
Bens (Apartamento + Carro)	750.000,00
Bens (Aplicações Financeiras)	150.000,00
ITCMD de 4%	-36.000,00
Honorários Advocatícios (6%)	-54.000,00
Renda Mantida por Chiara (6000 x 12 meses x 12 anos)	864.000,00
Necessidade e Cobertura de Seguro	630.000,00

Os valores destacados em vermelho dizem respeito às despesas projetadas para o período e os gastos com a morte do segurado. Os valores em azul são as rendas mantidas (aplicações financeiras e salário da esposa), portanto, devem ser subtraídos da conta.

Não inserimos no cálculo o auxílio funeral, pois a maioria das apólices inclui em sua cobertura adicional um valor específico para essa finalidade.

Com base nessa demonstração, calculamos em cerca de 630 mil reais o valor da cobertura de seguro necessário para a família de Adamastor.

Algumas dicas que devem ser levadas em conta:

- **O estilo de vida da pessoa terá impacto na análise das necessidades.** Uma pessoa solteira sem dependentes e com reserva de caixa para necessidades emergenciais não precisa de um seguro de vida. No entanto, se ela tiver dependentes (filhos ou pais, por exemplo), o seguro será recomendado para que eles possam preservar sua estabilidade financeira (fluxo de renda) no caso de morte do segurado.
- **Para casais sem filhos, com renda própria, a cobertura do seguro de vida é menos relevante, até mesmo desnecessária em alguns casos.** Consideramos uma apólice importante para cobrir dívidas, despesas com morte e manter o estilo de vida, mas este último item pode ser ajustado, pois é provável que as despesas sejam reduzidas para o padrão de vida de uma pessoa em relação ao antigo padrão de um casal, e ainda depende do nível de renda do cônjuge.
- **Para casais com filhos ou dependentes, se apenas o pai, ou a mãe, possuir emprego, o seguro deve ser calculado com base na renda do único provedor.** Se os dois trabalharem, ambos devem estar assegurados para diminuir o risco de perda de parte da renda familiar.

2.2.3 COBERTURAS

COBERTURA – Garantia de proteção contra o risco de determinado evento. Pode ser classificada por tipos: básica, adicional (ou acessória) e especial.

- **COBERTURA BÁSICA** – é a principal cobertura de um ramo.

É definida básica porque sem ela não é possível emitir uma apólice. Nela vão constar os principais riscos cobertos por determinados ramos.

Há possibilidade de colocar as coberturas adicionais, acessórias ou suplementares, se (ou quando) for o caso. Em vários ramos, a cobertura básica é pluralizada, por exemplo:

- Carro (colisão, incêndio e roubo)
- Incêndio (incêndio, raio e explosão de gás doméstico ou iluminante)

- Acidentes pessoais (morte e invalidez permanente)
- **COBERTURA ADICIONAL** – é aquela que o segurador admite, mediante pagamento de prêmio adicional, inclusão na apólice para riscos não previstos nas condições gerais ou especiais da apólice.
- **COBERTURA ESPECIAL** – é uma cobertura que nas condições gerais não se encontra talhada nas condições almejadas pelo segurado ou está vinculada a outras que não são desejadas, assim como aquela que, pelas suas peculiaridades ou grau de agravação, requer previsões ou taxas especiais.

Exemplo: No seguro residencial é possível solicitar cobertura especial para casos **Vendaval, ciclone, furacão, tornado, granizo, queda de aeronaves, impacto de veículos terrestres e fumaça** que não constam na cobertura Básica.

2.2.4 PERDAS E SINISTRO

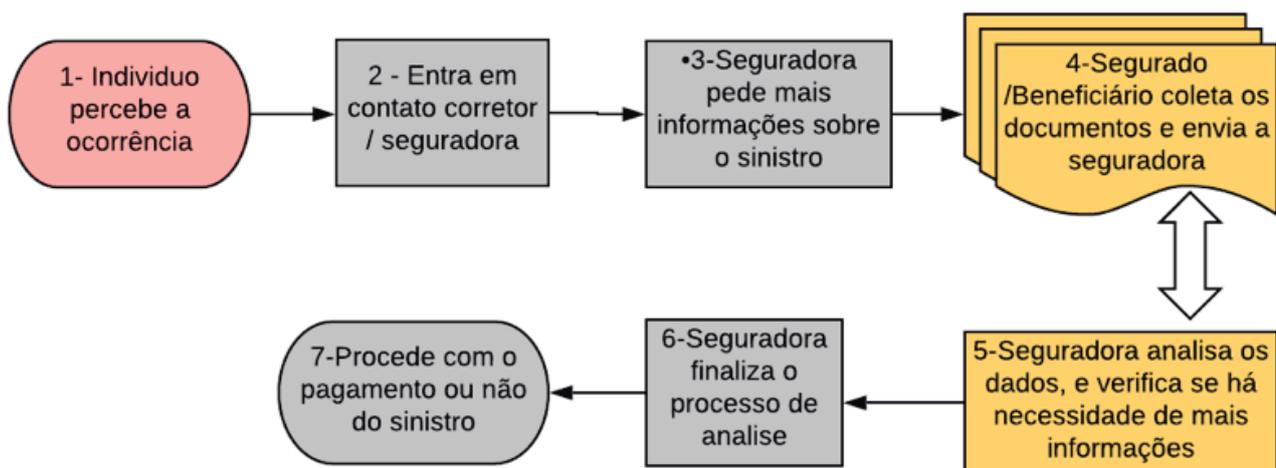
É a ocorrência do evento incerto, causador de perda econômica definido contratualmente, que obriga a seguradora a indenizar. A ocorrência deve ser inesperada, involuntária e imprevista.

- *Exemplo: sinistro é quando o segurado bate o seu carro de forma involuntária e havia sido contratado a cobertura para colisões, por exemplo.*

Quando ocorre um sinistro, há duas maneiras de receber a indenização da seguradora, são elas a **indenização parcial** ou **indenização integral**.

- No caso de seguro de veículo se o valor para o conserto for **inferior a 75% do valor do veículo**, é considerado **perda parcial**. E se o valor dos reparos for **igual ou maior que 75% do valor do veículo**, é caracterizado **como perda total**.

Para que aconteça a indenização do sinistro é necessário cumprir as etapas abaixo:



2.2.5 DANOS

É todo prejuízo material ou pessoal sofrido por um segurado, passível ou não de indenização, de acordo com as condições de cobertura de uma apólice de seguro.

- **Danos materiais:** Perdas ou danos causados a coisas ou objetos que reduzam ou anulem seu valor patrimonial ou econômico. Exemplos: deterioração, estrago, inutilização, destruição, extravio, furto ou roubo do mesmo.
- **Danos pessoais**
 - **Físicos (Corporal)** – é todo e qualquer dano causado ao corpo humano causando lesão, incapacidade ou morte.
 - **Morais** – é toda e qualquer ofensa, ou violação, dos seus princípios de uma pessoa de ordem moral, tais como os que se referem à sua liberdade, à sua honra, à imagem, à sua pessoa ou à sua família. Podendo causar sofrimento, humilhação, constrangimento, desconforto, etc.
 - **Estético** se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

2.2.6 SINISTROS EM SÉRIE, BASE DE OCORRÊNCIA E BASE DE RECLAMAÇÃO

- **Sinistros em série:** situação de reclamações de vítimas distintas, que sofreram danos em datas diferentes, em consequência de produtos fabricados com um(s) defeito(s) em comum.
- **Base de Ocorrência** - é uma cobertura que garante prejuízos decorrentes de sinistros ocorridos durante a vigência do contrato de seguro ou resseguro.
 - **Sinistro único**, qualquer que seja o **número de reclamantes, danos causados por produtos originários de um mesmo processo de defeito de fabricação**, ou afetados por uma mesma condição inadequada de armazenamento, acondicionamento ou manipulação.
Ex. Seguros de Responsabilidade Cível produção de Sorvete.
- **Base de Reclamação** - Danos a **vítimas diferentes, em datas distintas, são considerados sinistro único**. A apólice responde por todas as reclamações se a primeira delas for comunicada durante a vigência do contrato ou durante os prazos suplementares.

2.2.7 FRANQUIA

Valor ou percentual expresso na apólice, que **representa a parte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro**. Ou seja, é um valor inicial da importância segurada, pelo qual o segurado fica responsável como segurador de si mesmo, podendo ser simples ou dedutível.

- **Franquia Dedutível:** É a modalidade de franquia que obriga o **segurador a indenizar tão-somente os prejuízos que excedem ao valor da franquia**, que sempre será deduzido da indenização total.
- **Franquia Simples:** É a modalidade de franquia que **desobriga o segurador de indenizar, quando os prejuízos forem inferiores a mesma** e o faz indenizar integralmente os prejuízos, desde que estes excedem a importância estabelecida para a franquia.

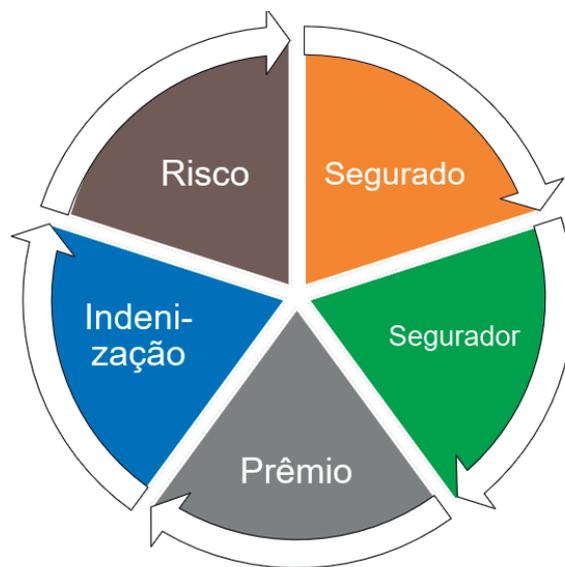
2.2.8 CONCEITO DE CARÊNCIA

Período durante o qual a seguradora está isenta de pagamento dos riscos segurados, pelas apólices de vida ou de saúde contratadas pelo segurado. Ou seja, nesse **período o segurado não tem direito de ser ressarcido**.

3

ASPECTOS LEGAIS DO SEGURO

Cinco elementos de um contrato de seguro:



ASPECTOS LEGAIS DO SEGURO

- **Risco** – É o evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. Também precisa ser mensurável (probabilidade conhecida) e resultar em perdas financeiras ou responsabilidades do segurado/beneficiário.
- **Segurado** – Pessoa em relação à qual a seguradora assume a responsabilidade de determinados riscos.
 - **Beneficiário** – É a PF ou PJ a qual será paga a devida indenização em caso de sinistro.
 - **Estipulante do Seguro** – É toda PF ou PJ que contrata seguro podendo assumir as condições: de beneficiário, ou segurado nos seguros obrigatórios; ou de mandatário do(s) segurado(s) nos seguros facultativos.
- **Seguradora** – Empresa autorizada pela Susep a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.
- **Prêmio** – É o valor pago pelo segurado ao segurador para que este assumira a responsabilidade de um determinado risco.
- **Indenização** – Importância financeira paga pelo segurador, no caso de concretização do risco (ocorrência de evento previsto no contrato), para os beneficiários da apólice.

3.1 COMPONENTES BÁSICOS DE UM CONTRATO DE SEGURO

PROPOSTA– Sugestão impressa, podendo conter um questionário detalhado, que deve ser preenchido pelo segurado ao candidatar-se ao seguro. Nela devem constar dados do proponente, do bem a ser segurado, forma de exposição ao risco relativo à pessoa ou ao bem a ser segurado, formas de contratação e outras informações que influenciarão no custo do seguro.

O corretor de seguros deve auxiliar o proponente no preenchimento, destacando que a análise e a aceitação do risco, realizadas pela seguradora, que respalda seus cálculos de risco baseada nas respostas contidas na proposta. Por isso, são de fundamental importância os dados ali contidos, considerando os princípios da boa-fé e a veracidade das declarações que caracterizam o contrato. A boa-fé é uma característica do contrato do seguro. Faltar com honestidade nos questionamentos da proposta podem anular o seguro e até ser classificado como crime.

A Seguradora não tem obrigação de aceitar a proposta de seguro, mas é obrigada a respondê-lo, no prazo máximo 15 dias (Ramo de transportes é máximo de 7 dias e Rural são 45 dias), para recusá-lo. Caso não haja uma manifestação formal da seguradora nesse período o seguro será aceito e a apólice emitida.

BILHETE DE SEGURO

É uma outra forma de formalizar o contrato de seguro. Ele é emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo segurado, substitui a apólice individual e dispensa o preenchimento de proposta, nos termos da legislação específica.

O DPVAT é exemplo de seguro cujo a contratação é feita por bilhete.

A celebração de um contrato de seguro ou sua alteração, exceto bilhete, somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou por seu corretor de seguros.

APÓLICE – É o contrato emitido pela seguradora pelo qual o proponente (ou segurado) formaliza o repasse da responsabilidade sobre os riscos contratados à seguradora.

Obs.: Geralmente as apólices têm duração de 1 ano, mas é possível ter prazos diferenciados como dias, meses anos a depender do tipo de contrato. Exemplo: Seguro viagem, que tem validade de dias ou meses.

ADITIVO (ou **Endosso**) – documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado. Exemplo de informações que podem ser alteradas por meio de endosso: agravamento de estado saúde em seguro de vida; troca de endereço, ou cidade, na apólice de um carro segurado; atualização de funcionários segurados em casos de responsabilidade civil.

RESCISÃO (de apólice ou seguro) - Dissolução antecipada do contrato de seguro por acordo das partes. Quando não há acordo, usa-se o termo “cancelamento”.

RESSARCIMENTO – é o reembolso dos prejuízos indenizados pela Seguradora ao indenizar o segurado ou beneficiário por um dano causado por terceiros.

Exemplo: acidente de carro ocasionado por terceiro, a seguradora indeniza o veículo segurado e sub-roga os direitos e vai a justiça para ser reembolsada pelo terceiro.

AVERBAÇÃO – Anotação feita na apólice e pela qual se concretiza a responsabilidade do segurador em determinados seguros. Segundo a SUEP é documento comprobatório da efetivação do embarque das mercadorias objeto do seguro.

No seguro Transportes, é a declaração das coisas postas em risco, com todos os esclarecimentos relativos ao embarque e viagem e especificação da marca, quantidade, espécie e valor das mercadorias em risco.

- Diz-se **definitiva**, quando é documento comprobatório da efetivação do embarque das mercadorias objeto do seguro no ramo Transportes.
- **No Seguro de Valores, do ramo Riscos Diversos**, é a especificação dos valores postos em risco, com os respectivos locais de procedência e de destino, datas de remessa e o meio de transporte.

NULIDADE – Defeito ou vício próprio do ato nulo, por isso, não tem qualquer valia jurídica. Ocorre na ocasião em que **atos ilícitos** foram concebidos pelo segurado, beneficiário, seguradora ou seus prepostos, como: **fraude, falsidade, etc.** Exemplos de caos:

- Contrato feito por pessoa incapaz;
- Quando risco já tiver acontecido. (Seguro de um Morto);
- Quando valor da indenização superar o valor do bem.

SEGURO NÃO PODE SER OBJETO PARA SE AUFERIR RENDA!

3.2 OBRIGAÇÕES DO SEGURADOR, SEGURADO E CORRETOR

- **Segurador(a)** é a PJ é obrigado a pagar a indenização.
- **Segurado** pode ser Estipulante ou Beneficiário.
 - **Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, com poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.
 - **Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica à qual é devida a indenização em caso de sinistro. Para os casos de Previdência e Vida: pessoa física (ou pessoas físicas) indicada(s) pelo participante/segurado para receber os valores de benefício/capital segurado ou resgate, na hipótese de seu falecimento, de acordo com a apólice vigente.

Tem a obrigação de:

- Pagar o prêmio;
 - Não agravar o risco;
 - Usar de boa fé;
 - Comunicar agravamento de sinistro;
 - Se há ou não outra apólice de seguro.
- **Corretor** é o representante legal do segurado perante a Seguradora.

3.3 PRESCRIÇÃO

É a extinção dos direitos do segurado/beneficiário reivindicar a indenização, por término de prazos fixados em lei.

- **a) prescrição em geral é de um ano**, contado da ciência do sinistro, e, nos seguros de responsabilidade civil, da data em que é citado para responder a ação proposta pelo terceiro prejudicado, ou da data em que este indeniza, com a anuidade do segurador.
- **b) em 3 anos:**
 - **A pretensão de reparação civil;** a pretensão do beneficiário contra o segurador, e o terceiro prejudicado no caso de seguro DPVAT;

DPVAT é o seguro de **Danos Pessoais** causados por **Veículos Automotores** de vias **Terrestres**, é o **“Seguro Obrigatório”** que é pago anualmente junto com a primeira parcela do IPVA, ou na Cota Única.

SUB-ROGAÇÃO – após ter sido paga a indenização pela seguradora, ela assume os direitos e ações para demandar seu ressarcimento ao terceiro responsável pelo sinistro. Exemplos: Seguro de Automóvel, seguradora pagar a indenização, e por meio da sub-rogação utiliza-se seu direito e abre processo para cobrar o terceiro que ocasionou o acidente.

3.4 PROCESSO DE INDENIZAÇÃO

1. **Notificação do sinistro - informar a seguradora;**
2. **Apuração de danos, que busca a comprovação dos danos e as circunstâncias de sua ocorrência para que se possa levantar as causas, a natureza e a extensão;**
 - I. **Prova de Perda** – Boletim de ocorrência policial (ou bombeiros), laudo médico, certidão de óbito, ...
 - II. **Ônus da Prova** – quem reclama tem que provar que foi prejudicado. No seguro, esse ônus é da seguradora.
3. **Análise**, examinasse detalhadamente os laudos de vistoria e outros documentos bem como a apólice para verificar o que está coberto e se há riscos excluídos (não cobertos);
 - I. **Exclusões** – pode ocorrer por questões de perda de direito (nulidade, atos ilícitos, ...), por questões contratuais, riscos fundamentais ou catastróficos, Ou ainda por riscos de carteira específicos. (Ex. carro danificado por incêndio residencial)
4. **Encerramento, com o pagamento da indenização ao segurado ou negativa de indenização, cabendo a seguradora fazê-lo de forma justificada.**

PEDIDOS FRAUDULENTOS

É a obtenção de vantagem ilícita, prejudicando terceiros, mediante meios que possam enganar as vítimas. Fraude iguala-se ao crime estelionato, que pode levar prisão de 1 a 5 anos e multa.

Exemplos:

- Simular Sequestro, roubo, furto,...
- Omitir informações no contrato de seguro
- Ceder carteira do plano de saúde para terceiros

PERDAS POR CONTA PRÓPRIA

Exemplo: por conta de problemas na má conservação da parte elétrica de uma indústria, a produção parou por alguns dias. O reparo elétrico é indenizável, já as perdas pela produção não ter ocorrido não.

4 SEGUROS ESPECÍFICOS

Sobre os tipos de seguro aparecerão em cerca de 10 questões.

Serão casos, onde o candidato irá planejar dentre opções de vida qual será mais adequada para aquela situação.

4.1 SEGURO DE PESSOAS

O seguro de vida é um contrato que se faz com uma seguradora para garantir proteção financeira para familiares e/ou pessoas que dependem daquela pessoa, caso ela venha a faltar. O seguro que também pode beneficiar diretamente a pessoa, no caso de invalidez permanente ou de uma doença. O contrato deste tipo de seguro possui obrigatoriamente a cobertura para o risco de morte, ocorrida por causa natural ou acidental, ou quando se tratar de cobertura por sobrevivência, encontrada em planos de caráter previdenciário.

A cobertura principal e obrigatória do seguro de vida (contra o risco de morte) pode ter garantias complementares previstas no seguro de pessoas. Isso é possível porque o seguro de vida faz parte do seguro de pessoas. São diversas coberturas, como: morte, invalidez por acidente, invalidez funcional permanente por doença, invalidez laborativa permanente por doença, doenças graves, diária por internação hospitalar, diária de incapacidade temporária, desemprego e perda de renda, entre outras.

Antes de entrar nos detalhes do Seguro de Vida, é importante entender a diferença entre ele e o seguro de pessoas. O seguro de vida condicionado obrigatoriamente à cobertura de morte, por causas naturais ou acidentais, que é uma das coberturas contidas nos seguros de pessoas. O seguro de pessoas reúne diversas coberturas, que podem ser contratadas em conjunto ou separadamente, tais como: morte natural, morte acidental, invalidez permanente por acidente, invalidez funcional permanente por doença, doenças graves, diária por incapacidade temporária, despesas médicas, hospitalares e odontológicas, diária por internação hospitalar, etc.

4.1.1 SEGURO DE VIDA

**Na prova haverá pelo menos 4 questões tratando de seguros de vida*

Quando acontece a falta ou invalidez da pessoa que era a provedora do sustento da família, geralmente o padrão de vida de seus dependentes tende a cair. Por isso é importante no planejamento

garantir a proteção pessoal, proporcionando proteção financeira na hipótese de ocorrer uma dessas fatalidades é o objetivo principal dos seguros de pessoas, incluído o seguro de vida.

O seguro de vida proporciona proteção às famílias das mais diferentes camadas sociais, em especial aquelas que possuem pouco ou nenhum patrimônio ou reserva financeira. Para estas, em particular, a falta do provedor ou a sua invalidez permanente compromete, total ou significativamente; e de forma imediata, a renda e a subsistência dos dependentes. Este tipo de seguro auxilia a manutenção do padrão de vida da família, a continuidade do estudo dos filhos, o sustento da casa e garante a quitação do financiamento da casa própria, entre outras despesas, até que a capacidade financeira esteja recuperada.

Outro benefício importante do seguro de vida é que a quantia paga pela seguradora ao(s) beneficiário(s), no caso de morte do segurado, **não entra no inventário**, ou seja, pode ser liberada rapidamente e **sem taxaço do Imposto sobre Transmissão Causa Mortis (ITD)**.

Garantias do seguro de vida:

- **Básicas:**

- **Morte natural e acidental**

Garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), no caso de falecimento do segurado, devido a morte natural ou por acidente **coberto**, exceto se for decorrente dos riscos excluídos definidos nas condições gerais da apólice.

- **Invalidez permanente**

- **Adicionais:**

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez permanente total por acidente (IPTA);
- Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPAM);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Diárias de Incapacidade Temporária (DIT);
- Diárias por Internação Hospitalar (DIH);
- Doenças Graves (DG).

A partir da combinação dessas coberturas existem produtos específicos, entre os quais destacam-se os seguros: prestamista, educacional, viagem, habitacional e dotal.

AS COBERTURAS DO SEGURO DE VIDA PODEM SER CONTRATADAS JUNTAS OU SEPARADAMENTE.

Dentro do ramo vida os principais seguros são:

- Vida Inteira;
- Vida Temporário;
- De vida Resgatável;

- Doenças Graves;
- Dotal Puro;
- Dotal Misto.

Quando há a combinação de mais de uma modalidade, chama-se de Seguro Combinado. Por exemplo, combinar Temporários com Dotal Puros, combinar Vida Inteira com outros.

Esses seguros de vida ainda podem ser subdivididos nas modalidades:

- **Seguro de vida individual**
 - Nesta modalidade é coberto o risco de um único segurado (PF), responsável pela contratação e pelo custeio do plano. O prêmio será calculado com base nas características pessoais do segurado, como: idade, sexo, estado civil, estilo de vida, profissão e condições de saúde.
- **Seguro de vida coletivo (vida em grupo)**

4.1.1.1 SEGURO DE VIDA – COLETIVO

A contratação de apólice coletiva é realizada por um estipulante que é a instituição (empresa, associação profissional, clube, sindicato ou entidades de classe, etc.), em favor de pessoas físicas vinculadas a uma dessas instituições. A estipulante contrata o seguro com a seguradora e define as condições do plano (garantias, capitais segurados, prazo de vigência, idade máxima, forma de reajuste do prêmio, etc.) e vai representar os segurados perante as seguradoras.

O seguro coletivo admite **três formas de custeio:**

- totalmente contributário – os segurados são responsáveis pelo custeio integral do plano,
- parcialmente contributário – segurados e estipulante custeiam o plano, na proporção convencionalizada, ou
- não contributário – o estipulante é totalmente responsável pelo custeio do plano.

Vantagens do seguro coletivo:

- o preço costuma ser menor em relação ao individual.
- As garantias também são iguais para todos os segurados, mas possibilita diferenciação nos valores das indenizações.
- A apólice coletiva pode, ainda, prever a inclusão de cônjuges e/ou filhos do segurado principal.
- A validade (vigência) de uma apólice coletiva pode variar, dependendo da negociação feita entre estipulante e seguradora. O estipulante tem autonomia para renovar o contrato sem necessidade de aprovação prévia dos segurados, desde que não haja alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos.

Existem outras possibilidades de as garantias do seguro de vida cessarem, dentre as quais se destacam:

- Exclusão do segurado do grupo, quando terminar o seu vínculo com o estipulante;
- Não renovação da apólice por decisão do estipulante e/ou da seguradora.

Cobertura: cobre em caso de falecimento de uma pessoa, o prêmio pago pelo grupo para uma indenização em caso de morte de um membro do grupo

Cálculo do prêmio:

$$\text{Prêmio de risco} = \frac{\text{Quantidade de sinistros}}{\text{Unidades expostas em risco}} \times \frac{\text{Valor total dos sinistros}}{\text{Quantidade de sinistros}}$$

Como solicitar: toda apólice tem que ter um beneficiário, que solicitará o seguro, que deverá ser pago pela seguradora, desde que a morte não tenha ocorrido por um motivo previsto na apólice como não indenizável, como é o caso de suicídio.

SEGURO DE VIDA COLETIVO - CASO

Uma empresa decidiu contratar um seguro de vida em grupo para todos os seus funcionários em caso de morte ocasionada por acidente de trabalho. A apólice é de **R\$ 100 mil para gerentes e diretores e R\$ 50 mil para demais funcionários**. São ao todo **7.000 funcionários**, sendo que **2 mil são diretores ou gerentes**. Além disso, o sócio deseja também uma apólice de R\$ 3 milhões em caso de morte. A seguradora analisou que a probabilidade de ocorrer um acidente de trabalho fatal nesta empresa é de **0,2% para funcionários e entre os gerentes e diretores é de 0,1%**.

Nesse caso, o prêmio irá somar o valor das duas probabilidades

$$\text{Prêmio} = 5.000 \times 0,2\% \times 50.000 + 2.000 \times 0,1\% \times 100.000$$

$$\text{Prêmio coletivo} = \text{R\$ } 700.000$$

Entretanto, o sócio é uma apólice individual, portanto o prêmio é:

$$\text{Prêmio} = 3.000.000 \times 0,1\% = \text{R\$ } 3.000$$

4.1.1.2 SEGURO DE VIDA – INDIVIDUAL

Nesta modalidade é coberto o risco de uma única pessoa física, responsável pela contratação e pelo custeio do plano. O prêmio será calculado com base nas características pessoais do segurado, como: idade, sexo, estado civil, estilo de vida, profissão e condições de saúde.

As coberturas vão depender do tipo de riscos cobertos no contrato, que partem de tipos de fatos geradores:

- **Por Sobrevivência:** caso o segurado sobreviva ao tempo determinado no contrato, será realizado o pagamento único ou compra de renda imediata, conforme condições gerais da apólice.
- **Por Invalidez:** caso segurado tenha incapacidade física, que o impossibilite de exercer sua atividade profissional principal, respeitando as condições gerais da apólice.
- **Por morte:** no caso de falecimento do segurado por causa natural ou acidental, exceto se for decorrente dos riscos excluídos definidos nas condições gerais da apólice.

$$\text{Prêmio de risco} = \text{Probabilidade de sinistros} \times \text{Valor médio dos sinistros}$$

Como solicitar: toda apólice tem que ter um beneficiário, que solicitará o seguro. Ele é quem deverá ser pago pela seguradora, desde que a morte não tenha ocorrido por um motivo previsto na apólice como não indenizável, como é o caso de suicídio em menos de 24 meses de contrato.

4.1.1.2.1 SEGURO DE VIDA – INTEIRA

Cobertura: cobre em **caso de falecimento** de uma pessoa por qualquer motivo (**exceto as exclusões previstas em apólice**). Nessa modalidade o contrato é validado por toda a vida, não podendo ser encerrado pela seguradora, exceto por falta de pagamento ou por prática de ato ilícito.

A seguradora é mais exigente na contratação desta modalidade de seguro de vida.

É comum a solicitação de exames clínicos, laboratoriais, consulta médica, informações sobre hábitos do segurado, histórico familiar de doenças, além de declaração de renda e bens.

O maior detalhamento dos dados tem o objetivo de avaliar mais criteriosamente o risco, já que o mesmo poderá ser garantido por um longo período.

O seguro de “vida inteira” é calculado com base no regime de capitalização. Isto quer dizer que o custo do seguro pode ser o mesmo durante toda a vigência da apólice.

O segurado paga um preço (prêmio) fixo (chamado prêmio nivelado). Como este prêmio não aumenta proporcionalmente ao aumento do risco em razão da idade do segurado, inicialmente ele paga um valor superior àquele equivalente ao seu risco real.

A diferença entre o que segurado paga e o que deveria pagar fica retida na seguradora em seu nome e é chamada de **reserva matemática**. Essa diferença é usada quando o segurado passa a pagar um prêmio inferior ao seu risco real.

A reserva matemática pertence ao segurado e será usada para quitar a diferença de custos quando a sua idade real ultrapassar a idade que foi considerada na taxa nivelada.

O montante da reserva também pode ser usado para quitar prêmios não pagos ou até mesmo para lastro de empréstimo para o segurado, caso estas condições estejam previstas no contrato.

Esta reserva termina com a indenização pela morte do segurado. Se, no entanto, o segurado decidir cancelar o seguro, neste caso, ele terá direito ao resgate do montante acumulado na reserva matemática. Por isso que existe uma modalidade que se chama seguro “resgatável”.

Cálculo do prêmio: Neste caso, é feito uma estimativa de vida do segurado e parcelado mensalmente o valor até integrar toda a indenização caso ele não morra.

FV = (valor da indenização ou PV das pensões) X (a probabilidade do sinistro de morrer antes da data);

n = tabua atuarial – idade atual;

i = expectativa de ganho real líquido

Calcula-se o **PMT**.

Outra forma de cálculo, normalmente usada e mais precisa, é pela distribuição de Poisson, chega-se num valor esperado do evento ocorrer, é bem complexo, exige grande conhecimento de estatística.

Como solicitar: toda apólice tem que ter um beneficiário, que solicitará o seguro, que deverá ser pago pela seguradora, desde que a morte não tenha ocorrido por um motivo previsto na apólice como não indenizável, como é o caso de suicídio.

SEGURO DE VIDA - INTEIRA (CASO)

Chiara, esposa de Adamastor, tem 40 anos e decidiu contratar um seguro de vida inteira para seus dois filhos, receberem R\$ 100 mil de prêmio cada um. A tabua atuarial do seguro é de 90 anos para mulheres, portanto, ela irá pagar por mês para ter o direito a este seguro

Prêmio = R\$ 200.000 / 600 meses = R\$ 333 por mês.

A conta neste exemplo é bem simplificada, pois não considera rendimentos. Se colocarmos que a seguradora espera um rendimento médio líquido de 0,2% a.m. nessa conta, aí tem que fazer a conta por PMT.

FV = 200.000

$i = 0,2$

$n = 600$

Clicar em PMT. O resultado vai dar **R\$ 189,88**

Seguro de vida - Inteira (caso)

FV = 200.000

$i = 0,2$

$n = 600$

Clicar em PMT. O resultado vai dar **R\$ 189,88**

Pode-se ainda colocar uma probabilidade de 20% da Chiara morrer aos 60 anos, usamos a tabua atuarial. Então ela teria que acumular, se faria uma conta com 40 mil (20% x 200.000) e um n de 240 meses e outra de R\$ 160.000 (80% x 200) com um n de 600 meses. Teremos duas PMTs (uma de 130,02 e outra de 138,16), totalizando R\$ 268,18.

O exemplo não é real, mas poderia haver uma questão assim na prova. Na prática, o que as seguradoras fazem é uma conta para cada mês, calculando uma probabilidade de morte em cada idade e soma as inúmeras parcelas. Acreditamos que não haverá conta mês a mês na prova, pois haveria tempo de resolver na HP12c, seria necessário o uso do Excel ou um programa atuarial.

4.1.1.2.2 SEGURO DE VIDA – TEMPORÁRIO

Cobertura: funciona como no caso de vida inteira, só que a morte ou invalidez só será coberta caso ocorra dentro do período contratual independente do motivo, desde que respeite as condições em apólice. O beneficiário pode receber uma indenização ou uma pensão conforme o estabelecido em contrato.

Esse tipo de seguro é indicado para famílias que precisarão de proteção por período curto, que possuem filhos menores de 18 anos. Exemplo: provedor(a) vai realizar um seguro por um período no exterior, família possui empréstimos de alto valor e prazos longos,

Cálculo do prêmio:

$$\text{Valor da indenização ou Valor Presente da Renda} \times \text{Probabilidade do sinistro}$$

Caso seja indenização, será o valor em reais da mesma. Caso seja uma pensão, deverá ser feita uma simulação para cada mês por meio de contas de PV, FV e PMT, onde o PV é calculado pela PMT da pensão e o FV é o PV da primeira operação. Também pode-se calcular, de forma mais precisa por Poseidon.

Esse tipo de modalidade é bem procurada por famílias que possuem menores de idade. Lembrando que menores de 17 anos precisam de um tutor, que receberá o dinheiro e irá administrá-lo. Já os maiores de 17 podem antecipar a emancipação.

Caso o segurado não morra, a seguradora fica com o dinheiro.

4.1.1.2.3 SEGURO DE VIDA – COBERTURA DOENÇAS GRAVES (DG)

Garante o pagamento de indenização no caso de serem diagnosticadas as doenças que foram especificadas e caracterizadas nas condições gerais e/ou especiais do contrato do seguro.

Não é permitida a adoção de critérios de cálculo de capital segurado com base nas despesas médico-hospitalares que tiverem sido feitas para o tratamento da doença.

Esta cobertura também pode ser comercializada com outros nomes, como por exemplo, “Diagnóstico de câncer”, Doenças Críticas. É comum este tipo de cobertura ser segmentado por sexo. Por exemplo, no caso de segurado do sexo masculino, cobre o risco de diagnóstico de câncer de próstata. No caso de sexo feminino, de câncer de mama.

Pode ser definida em dois grupos principais:

- **Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**
 - Garante o pagamento de indenização a partir da constatação de invalidez laborativa permanente total, causada por doença. Esse tipo de invalidez, que leva à “**perda da existência independente**”, é definido para efeito do seguro como aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. O segurado é reconhecidamente incapaz de exercer sua atividade profissional principal.
 - A principal atividade de trabalho é a que representa a maior renda do segurado durante

determinado exercício anual definido no contrato.

- Segurados portadores de doenças em fase terminal, comprovada por médicos habilitados legalmente, são considerados total e permanentemente inválidos.
- Depois de a seguradora ter reconhecido a invalidez laborativa, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre a seguradora e o segurado.
- *Obs.: Este tipo de seguro não está disponível para pessoas que não exercem alguma atividade remunerada.*

• **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)**

- Garante o pagamento de indenização ao segurado em caso de sua invalidez funcional permanente total, em consequência de doença que cause a **perda da existência independente*** do segurado. *(um quadro clínico de incapacidade que inviabiliza, de forma irreversível, que o segurado exerça as atividades básicas com plenitude e autonomia)
- Os segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por médico, também são considerados total e permanentemente inválidos para efeito dessa cobertura.
- Após ser constatada a invalidez funcional, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda conforme constar no contrato de seguro.

4.1.1.2.4 SEGURO DE VIDA – RESGATÁVEL

Possui cobertura similar ao seguro de vida temporário, mas no final do período contratado **o cliente resgata parte do valor do seguro**. Para ser mais preciso, esse resgate é a **reserva matemática** descrita no seguro vida inteira. Também pode se comparar ao de vida inteira, só que o seguro cessa quando o cliente resgata parte do valor do seguro (tendo sempre um período de carência).

Cálculo do prêmio:

valor da indenização X a probabilidade do sinistro + valor a ser resgatado*

*Deve ser corrigido por: taxa prefixada + índice de preços (IPCA, IGP, ...)

Como solicitar: Ao chegar ao final do período de carência, caso ainda esteja vivo, o próprio titular da apólice solicita o resgate. Em caso de falecimento durante o período, o beneficiário solicita o prêmio. O prêmio normalmente é superior ao valor resgatado.

4.1.1.2.4.1 SEGURO VIDA – DOTAL PURO

O seguro dotal puro cobre somente o “risco de sobrevivência”, ou seja, paga um capital **X** se o segurado sobreviver **Y** anos e zero (a herdeiros ou beneficiários) se morrer dentro desse período. Ambos – capital segurado e período de vigência – são definidos na contratação da apólice. Exemplo caso Adamastor passe dos 80 anos, ele receberá uma indenização de 300 mil reais, caso ele morra antes disso os beneficiários não recebem nada.

Durante o período de diferimento, há uma remuneração da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder por meio da contratação de índice de atualização de valores (IPCA, IGP-M, ...), acrescida de taxa de juros e, opcionalmente, tábua biométrica, sem reversão de resultados financeiros, sendo pago ao segurado sobrevivente ao término do período de diferimento.

Observação: Esses planos são sempre estruturados na modalidade de benefício definido.

Cálculo do prêmio:

Valor da indenização X probabilidade do beneficiário sobreviver.

SEGURO VIDA - DOTAL PURO – CASO

Existem diversos momentos em que o cliente pode achar uma boa forma de poupança contratar um seguro. Caso sobreviva ao período, além dos rendimentos, receberá uma indenização, que será maior quanto menor for sua chance de sobrevivência. Por exemplo, um seguro de vida dotal para 100 anos pagará uma indenização maior, em caso de sobrevivência, do que um para 90 anos, pois a chance de chegar aos 100 anos é bem menor. Vejamos dois casos em que isso vale a pena.

- A cliente decidiu fazer a aposentadoria por meio de aplicações financeiras, ao invés de previdência. Fez uma conta para viver até 100 anos. Repare que aos 100 anos seu dinheiro vai acabar (caso ela sobreviva), mas não tem problema, com o seguro dotal ela receberá uma indenização e poderá usar esse dinheiro para o restante da vida.
- Os gastos médicos na velhice sobem consideravelmente e nem sempre são cobertos por seguro saúde (tratamentos novos e remédios caros). É possível fazer um seguro dotal de 80 anos, para receber uma indenização e com esse dinheiro pagar despesas médicas não contempladas pelo plano de saúde.

EXERCÍCIO DE FIXAÇÃO

Chiara tem um filho de 10 anos e deseja fazer uma indenização de R\$ 2 milhões para ele, caso ela venha a falecer antes dele completar 25 anos. A seguradora estima em 1% a probabilidade de morte de Chiara.

1)	Uma das preocupações de Chiara será o prêmio a pagar. Qual o valor mensal do prêmio esperado nesse caso?
a)	R\$20.000,00
b)	R\$222,22
c)	R\$111,11
d)	R\$2.000,00

2)	Considerando agora que a Seguradora espera um rendimento médio líquido de 3,7% a.a. no valor pago. Qual o valor esperado para o prêmio mensal?
a)	R\$92,42
b)	R\$83,70
c)	R\$144,34
d)	R\$107,47

3)	Chiara, muito atarefada no trabalho esqueceu de pagar o seguro de vida por 5 meses enquanto seu filho completou 18 anos. Depois disso ela deseja retomar o seguro. É correto afirmar que:
a)	A seguradora poderá reabilitar a apólice, retomando as cobranças dos prêmios.
b)	A seguradora não poderá reabilitar a apólice visto que o não pagamento dos prêmios configura uma quebra contratual, acabando com a vigência do seguro.
c)	A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vencidos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.
d)	A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vincendos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.

4)	Infelizmente, pouco antes de o filho de Chiara completar 23 anos, Chiara sofreu um acidente em São Paulo, onde morava, e veio a falecer. O filho então receberá o valor segurado, mas:
a)	precisará pagar o imposto de IOF sobre o total recebido
b)	pagará ITCMD de 4% sobre o valor recebido, já que era residente de São Paulo.
c)	irá pagar Imposto de Renda sobre a diferença entre o total de prêmios pagos e o valor recebido,
d)	não precisará pagar imposto.

1. Uma das preocupações de Chiara será o prêmio a pagar. Qual o valor mensal do prêmio esperado nesse caso?

- A. R\$ 20.000,00
- B. R\$ 222,22
- C. **R\$ 111,11**
- D. R\$ 2000,00

O valor esperado do prêmio será de R\$ 20 mil ($1\% \times 2.000.000$)

Prêmio mensal = $R\$ 20.000 / 180$ meses (equivalente a 15 anos)

= R\$ 111,11 por mês. - **Letra C**

**Observe que a conta neste exemplo é bem simplificada, pois não considera rendimentos, taxa de comissão ou IOF.*

2. Considerando agora que a Seguradora espera um rendimento médio líquido de 3,7% a.a. no valor pago. Qual o valor esperado para o prêmio mensal?

- A. R\$ 92,42
- B. **R\$ 83,70**
- C. R\$ 144,34
- D. R\$ 107,47

O rendimento médio líquido de 3,7% a.a. equivale a 0,303% a.m. Para essa conta precisaremos utilizar o cálculo de Pagamento (PMT). Definimos valor futuro (FV) como valor do prêmio, pois é quanto a seguradora estava receber; a taxa (i) e o período (n) para isso.

FV = 20.000

$i = 0,303$

$n = 180$

Clicar em PMT.

Resultado – 83,70, Letra b.

3. Chiara, muito atarefada no trabalho esqueceu de pagar o seguro de vida por 5 meses enquanto seu filho completou 18 anos. Depois disso ela deseja retomar o seguro. É correto afirmar que:
- A. A seguradora poderá reabilitar a apólice, retomando as cobranças dos prêmios.
 - B. A seguradora não poderá reabilitar a apólice visto que o não pagamento dos prêmios configura uma quebra contratual, acabando com a vigência do seguro.
 - C. A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vencidos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.
 - D. **A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vencidos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.**

Observe que a seguradora pode reabilitar o seguro, mas deve receber o que não foi pago. Além disso, não pode exigir reajustes nos prêmios vencidos, apenas o pagamento deles. Entretanto ela pode exigir um reajuste caso seja comprovada alguma alteração na condição de saúde da Chiara.

4. Infelizmente, pouco antes de o filho de Chiara completar 23 anos, Chiara sofreu um acidente em São Paulo, onde morava, e veio a falecer. O filho então receberá o valor segurado, mas:
- A. Precisar pagar o imposto de IOF sobre o total recebido.
 - B. Pagará ITCMD de 4% sobre o valor recebido, já que era residente de São Paulo.
 - C. Irá pagar Imposto de Renda sobre a diferença entre o total de prêmios pagos e o valor recebido.
 - D. **Não precisará pagar imposto.**

Letra a – O pagamento do IOF se dá sobre o prêmio, e não sobre a indenização

Letra b – O imposto ITCMD em São Paulo realmente é de 4%, porém para indenização de seguros, o beneficiário não pagará este imposto

Letra c – O beneficiário de um seguro de vida é isento, ou seja, não pagará IR

Letra d – Correto

Se Chiara contratasse ao invés da indenização, a possibilidade de deixar uma renda para ele caso venha a falecer de R\$ 10 mil mensais.

Nesse caso, a conta para ser feita na HP seria muito complexa, pois exigiria um cálculo para cada idade. O importante é salientar que se Chiara efetivamente morra depois ter feito o seguro, o filho passará a receber a pensão e funcionará assim:

- Pensão paga para o tutor e administrada pelo tutor até os 17 anos (ele não pode usar o

dinheiro para ele, mas irá receber).

- Pensão pode ser administrada pelo filho, caso deseje, a partir dos 17 anos.
- Pensão obrigatoriamente será paga para ao filho a partir dos 18 anos (exceto pessoa com deficiência intelectual).

4.1.1.2.4.2 SEGURO DE VIDA – DOTAL MISTO

O seguro dotal misto é uma mescla de seguro de vida e seguro de sobrevivência. Os capitais segurados são idênticos em ambos os casos. Assim, no exemplo anterior, o capital X seria pago ao segurado se ele sobrevivesse Y anos ou **aos seus beneficiários se morresse dentro desse período**. Muitas vezes, é definido como uma composição de seguro de vida e plano de acumulação, de benefício definido, pois desde o momento da contratação o segurado sabe quanto obterá no vencimento da apólice e os beneficiários, idem, no evento de morte dele.

O seguro dotal misto é também chamado de seguro de vida resgatável. A possibilidade de resgate no vencimento diminui a sensação de muitos segurados – equivocada – de que “não usaram o seguro”. De fato, na vigência da apólice e independentemente de ocorrer ou não o sinistro, o segurado sempre está usando o seguro, pois está obtendo a tranquilidade que esse contrato lhe confere.

Os seguros dotais são, portanto, seguros necessariamente temporários, diferentemente do seguro de vida que pode valer por um tempo determinado ou ser vitalício. Garante uma indenização caso o beneficiário sobreviva ao prazo do contrato e uma indenização de menor em caso de falecimento para o beneficiário.

Os seguros dotais podem ser contratados com **coberturas adicionais** como assistência funeral, **doenças graves, invalidez e morte acidentais, perda da autonomia pessoal, renda hospitalar, renda familiar**, sorteios etc. A SUSEP previu ainda uma terceira modalidade: o seguro dotal misto com performance, que prevê reversão total ou parcial de resultados financeiros ao segurado pela aplicação financeira da reserva que constituiu.

Vantagens do seguro dotal misto são de três tipos:

- Visto como poupança, o seguro dotal é uma aplicação de baixo risco, pois o segurado sabe de antemão e de modo garantido quanto vai receber se sobreviver ao período de diferimento;
- Visto pelo lado de seguro de vida, o seguro dotal garante tranquilidade financeira aos entes queridos na falta do segurado;
- Visto pelo lado tributário, a indenização por morte no seguro dotal é isenta de imposto de renda e não integra o inventário; como cobertura de sobrevivência, nos resgates, o imposto de renda incide apenas sobre o valor dos rendimentos auferidos, sendo excluídos da base de cálculo do tributo os valores referentes aos prêmios pagos pelo segurado, pessoa física.

É, portanto, um produto para pessoas que desejam, ao mesmo tempo, proteção para suas famílias e formação de um fundo de reserva.

Em casos de necessidade financeira, o segurado pode efetuar resgates parciais ou parar de pagar os prêmios, mudando para seguro de valor saldado com direito à manutenção da cobertura básica e redução proporcional do capital segurado.

$$\begin{aligned} & \text{Cálculo do prêmio:} \\ & (\text{valor da indenização maior} \times \text{probabilidade do beneficiário sobreviver}) \\ & + \\ & (\text{valor da indenização menor} \times \text{probabilidade do beneficiário não sobreviver}) \end{aligned}$$

Como solicitar: Caso tenha ultrapassado o prazo do contrato, solicita a indenização, caso venha a falecer, o beneficiário solicita como um seguro de vida.

As razões para contratá-lo são similares ao dotal puro, mas concede a vantagem de uma indenização caso não sobreviva ao contrato.

Logicamente o valor do prêmio aumenta em relação ao puro.

SEGURO DE VIDA – RESGATÁVEL DOTAL MISTO (CASO)

Trata-se de um seguro útil para a maioria dos clientes. Vejamos novamente o caso. Adamastor, casado com Chiara, tem dois filhos, de 14 e 12 anos. Chiara trabalha numa empresa, e terá uma aposentadoria pela empresa de R\$ 6 mil mensais, que considera suficiente, a partir dos 60 anos de idade. Adamastor tem 40 anos e Chiara 40 anos.

Repare que daqui há 20 anos não haverá motivos para Adamastor manter um seguro de vida, já que sua mulher terá uma renda garantida suficiente e seus **dois** filhos serão independentes. Desta forma, ele deveria optar por um seguro de vida temporário ou resgatável.

O resgatável, a partir dos 70 anos, parece uma excelente alternativa, pois ele resgatará parte do prêmio pago acrescido de rendimentos e poderá usufruir do dinheiro ainda em vida. Também garantiu uma indenização ou pensão a família enquanto eles eram seus dependentes (se não legais, se beneficiavam da renda).

Obviamente este seguro resgatável terá um prêmio superior ao temporário, pois acrescenta mais um benefício.

4.1.1.2.5 SEGURO DE VIDA – SUBSTITUIÇÃO DE RENDA

Cobertura: Em caso da impossibilidade de obter renda por problemas de saúde ou acidentes, será paga uma renda mensal por período determinado na apólice.

Cálculo do prêmio = Valor da renda X probabilidade do sinistro X quantidade de meses estimado de perda de renda

Como solicitar: O próprio titular, ou na sua impossibilidade, um procurador, pode solicitar a renda, que passará a ser paga ao segurado. Não é válido em caso de falência da empresa, prejuízos, cobre apenas problemas de saúde e acidentes e não problemas de negócios.

Observações:

- O *seguro de doenças críticas* é muito similar, só que estabelece quais doenças permitem receber a renda. Com isso ficam **mais baratos e** podem prever **inclusive indenização ao invés de pensão**, o que pode ser muito útil para custear despesas médicas.
- Uma outra cobertura que pode ser incluída no plano de seguros é a Diárias de Incapacidade

Temporária (DIT). A DIT garante o pagamento de uma diária, cujo preço é determinado pelo segurado na apólice, a ser paga pelo prazo máximo de 15 dias enquanto o segurado estiver impossibilitado de trabalhar.

- Dica a DIT tem um preço bem menor do que o de seguro de Substituição de Renda, porém o período é mais breve, mesmo assim ela é muito utilizada em apólices de profissionais Autônomos.

SEGURO DE VIDA - SUBSTITUIÇÃO DE RENDA (CASO)

Adamastor era cantor aos seus 20 anos e vivia exclusivamente de cachês em seus shows. Obtinha com isso uma renda de R\$ 20 mil, mas teve um sério problema de saúde e não pode trabalhar por um ano. Após um ano, caiu no esquecimento de seus fãs e não conseguia mais fazer shows remunerados. Nesse caso:

- Ele recebeu a pensão de R\$ 20 mil por um ano pois estava afastado por problemas de saúde.
- Ele não teve direito a pensão quando retomou suas atividades, mesmo que a perda de rendimento tinha ligação direta com o problema de saúde que ele teve.

Supondo que a seguradora estimasse que sinistros com o perfil do Adamastor era de apenas 2% dos casos e que o prazo médio não costuma passar de 15 dias, o cálculo do prêmio será:

$$\text{Prêmio} = 2\% \times 12 \text{ meses} \times \text{R\$ } 20.000 = \text{R\$ } 4.800$$

OBSERVAÇÕES FINAIS A RESPEITO DOS SEGUROS DE VIDA

1. Inclusão de cônjuge

Alguns seguros permitem a inclusão de cônjuge. Neste caso, o cônjuge do segurado principal pode ser incluído, passando a ser considerado segurado dependente.

O capital segurado do cônjuge, no entanto, não pode ser superior a 100% do valor de indenização do segurado principal.

2. Nos seguros de vida pode combinar várias modalidades, e não existe um limite de valor para indenização.

3. Quais são os riscos excluídos da indenização?

É importante conhecer as exclusões antes da assinatura do contrato. Os riscos excluídos não podem ser apresentados de forma genérica. Como o que vale é o que está escrito, **todos os riscos excluídos devem estar relacionados claramente nas condições gerais do plano.**

Conheça os principais riscos excluídos, sem direito à indenização, que costumam constar nos planos de seguros:

- Uso e manuseio de material nuclear, acidentes nucleares e semelhantes;
- Atos e operações de guerra, rebelião e tumultos;
- Doenças preexistentes à contratação do seguro, que não foram informadas na declaração de saúde;
- Suicídio ocorrido durante o período de carência de dois anos;
- Prática de atos ilícitos dolosos (vontade consciente de enganar para obter vantagem pessoal ou para outros) por parte do segurado ou de seus beneficiários; e

- Lesões causadas por esforços repetitivos (ler), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (dort), lesão por trauma continuado (ltc) e outras semelhantes.
4. De acordo com o artigo 799 do Código Civil, a seguradora não pode recusar o pagamento da indenização quando a morte ou a incapacidade do segurado tenha sido causada pela **utilização de meio de transporte mais arriscado, pela prestação de serviço militar, pela prática de esporte ou por atos de humanidade em auxílio de outros**, mesmo que a apólice apresente cláusula que faça esse tipo de restrição.

Para praticantes de **esportes radicais** a seguradora **não pode se recusar ao pagamento do seguro** se a morte ou a incapacidade do segurado for decorrente da prática de esportes, ainda que na apólice a seguradora tenha se eximido dessa responsabilidade. No entanto, a **seguradora pode cobrar um valor adicional ao preço do seguro** (prêmio agravado), em função do maior risco que o segurado representa.

5. **É possível fazer seguro de vida para os menores de 14 anos**, porém somente é permitida a contratação de coberturas por sobrevivência, ou coberturas de riscos relacionadas ao reembolso de gastos com funeral ou de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, decorrentes de acidente pessoal.
6. **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 expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, de acordo com o Código Civil, **o capital segurado será pago da seguinte forma: metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado**, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.1.2 SEGURO ACIDENTES PESSOAIS

Essa cobertura garante indenização ou pensão em caso de acidente.

Atenção, **doença não é acidente**, portanto, não há cobertura de doenças. **Suicídio também não é acidente, não é coberto, assim como morrer ao dirigir embriagado.**

Podendo haver contrato na modalidade individual ou coletiva.

Definição de Acidente Pessoal: é todo evento súbito, com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, **involuntário e violento**, causador de lesão física que, por si só e **independentemente de toda e qualquer outra causa**, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, ou torne necessário tratamento médico.

Exemplos de situações classificadas como acidentes pessoais:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Casos que são **excluídos** dos casos acidentes pessoais:

- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos – ler, doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – dort, lesão por trauma continuado ou contínuo – ltc, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso i do art. 5º da resolução cnsf nº 117/2004.

As coberturas previstas:

- **Morte acidental (MA)**
- **Invalidez permanente por acidente (IPA)**
 - O seguro garante o pagamento de uma indenização para perda, redução ou incapacidade funcional definitiva total ou parcial de um membro ou órgão do segurado. O valor da indenização é proporcional à lesão, podendo chegar até o limite do capital segurado. A invalidez permanente no caso pode, portanto, ser total ou parcial.
 - A invalidez permanente por acidente deve ser comprovada com declaração médica, obrigatoriamente, quando é dada a alta ao segurado. A aposentadoria por invalidez concedida pela previdência oficial, como INSS, não representa direito à indenização do seguro.
 - É proibida a oferta de cobertura de invalidez permanente por acidente condicionada à impossibilidade de o segurado exercer atividades de trabalho.
- **Invalidez permanente total por acidente (IPTA)**
 - A diferença entre esta cobertura e a anterior é que, neste caso, só ocorre indenização se a invalidez for total.
- **Invalidez parcial permanente**
 - A cobertura para invalidez por acidente é aplicada também para o sinistro parcial. Um segurado, por exemplo, perde um dedo ou uma perna, mas ainda tem condições de trabalhar na mesma atividade ou em outra ocupação.
 - O seguro vai indenizar essa perda porque não está em avaliação a atividade profissional do segurado, e sim a perda física de um dos membros ou órgãos cobertos pela apólice.
 - A constatação da invalidez permanente parcial, da mesma maneira que a total, só é

dada depois de concluído o tratamento médico e esgotados os recursos terapêuticos para recuperação.

- Depois que o segurado receber alta médica definitiva, a seguradora pagará uma indenização de acordo com os percentuais estabelecidos no contrato.
- Para avaliar o grau de invalidez parcial, cada seguradora pode desenvolver uma tabela própria. No entanto, os valores dessa tabela não poderão ser inferiores aos padrões mínimos fixados pela Susep. Teremos três exemplos cálculos de indenizações por acidentes pessoais.

- **Despesas Médico-Hospitalares (DMH)**

- Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas que o segurado tiver com o seu tratamento sob orientação médica. O tratamento deve-se iniciar em 30 dias contados da data do acidente.

- **Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)**

- Garante o pagamento da diária contratada pelo período em que ele não puder trabalhar devido a afastamento por doença ou acidente coberto pelo seguro.

- **Diária por internação hospitalar (DIH)**

- Garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado. Limitada a, no máximo, 15 dias a contar da data inicial da internação. Na apólice ou contrato do seguro, o valor da indenização (capital segurado) deverá ser definido sob a forma de diária, não podendo ser relacionado com as despesas que o segurado tiver.

A diferença básica entre a cobertura de morte no seguro de vida e no seguro de acidentes pessoais é que o primeiro garante indenização para a morte natural ou acidental, enquanto essa cobertura no seguro de acidentes pessoais, como o nome diz, será paga **unicamente no caso de falecimento por acidente pessoal coberto**.

Cálculo do prêmio: valor da indenização X probabilidade do sinistro.

CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Existe uma tabela das Normas de Acidentes Pessoais, que é utilizada para determinar o valor da indenização a ser paga ao seguro que possua a garantia de invalidez permanente por acidente, após conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica.

A Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente **apresenta os percentuais mínimos sobre a importância segurada por órgão ou membro lesado a serem considerados nas condições gerais** dos seguros que possuam a garantia de invalidez por acidente, que por sua vez devem ser submetidas à SUSEP, para análise e arquivamento, antecipadamente à comercialização.

Caso as funções do membro ou órgão lesado não fiquem abolidas por completo, a **indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total**, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução a indenização será calculada, respectivamente:

- Máximo 75% das percentagens correspondentes da tabela;
- Médio 50% das percentagens correspondentes da tabela;
- Mínimo de 25% das percentagens correspondentes da tabela.

Se ocorrer uma lesão não prevista na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

A perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Comprova-se a invalidez permanente através de declaração médica. Na ocorrência de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, o segurado deve ser submetido a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Como a “tabela de indenização por invalidez permanente por acidente” é extensa, não é necessário saber os valores de indenização para cada parte do corpo humano. No entanto pode-se cair o cálculo do valor de indenização, segue a abaixo alguns exemplos retirados do site <http://www.tudosobreseguros.org.br>:

1. O segurado tem um valor (capital) segurado para garantia de invalidez permanente na data do acidente de R\$ 100.000,00;
 - Declaração médica: perda total do uso de um membro inferior;
 - **Pela Tabela para cálculo da indenização** em caso de invalidez permanente, o **percentual sobre o capital segurado correspondente ao membro lesado é de 70%**.
 - Indenização a ser paga na data do acidente:
 - $R\$ 100.000,00 \times 70\% = R\$ 70.000,00$.
2. O segurado tem um valor (capital) segurado para garantia de invalidez permanente na data do acidente de R\$ 100.000,00;
 - Declaração médica: perda parcial de 90% da visão de um olho;
 - Pela Tabela para Cálculo da Indenização em caso de invalidez permanente, o **percentual sobre o capital segurado correspondente ao órgão lesado é de 30%**.
 - Indenização a ser paga na data do acidente:
 - $R\$ 100.000,00 \times 30\% \times 90\% = R\$ 27.000,00$.
3. O segurado tem um valor (capital) segurado para garantia de invalidez permanente na data do acidente de R\$ 100.000,00;

- Declaração médica: perda total do uso de um membro superior e de um pé;
- **Pela Tabela para Cálculo da Indenização** em caso de invalidez permanente, os percentuais sobre **o capital segurado correspondentes aos membros lesados são de 70% para o membro superior e 50% para o pé.**
- Indenização a ser paga na data do acidente:
- R\$ 100.000,00 x 100%= R\$ 100.000,00.

SEGURO ACIDENTES PESSOAIS - CASO

Adamastor, empresário, dirigia com sua esposa por uma importante avenida quando seu veículo se chocou com outro. Como resultado, teve que:

- Parar de trabalhar por 5 dias – **indenizável** por meio das diárias.
- Pagar uma despesa médica de R\$ 100 mil no hospital – **indenizável** por meio de despesas médicas.
- Perdeu o movimento de uma das mãos – **indenizável** por invalidez parcial.
- Pagar o tratamento médico do outro acidentado – **não indenizável.**
- Pagar tratamento médico da esposa – **não indenizável.**
- Fazer tratamento psicológico por conta do trauma – **não indenizável.**
- Fazer tratamento psiquiátrico por conta do trauma – **indenizável, é classificado com uma despesa médica.**

4.1.3 SEGURO EDUCACIONAL

A seguradora indeniza os pagamentos das mensalidades da escola e custos com documentação durante o ano ou, dependendo do caso, até o término da faculdade do beneficiário (necessariamente filho menor de idade, ou até 24 anos).

Cálculo do prêmio: valor das despesas com educação X probabilidade do sinistro (morte, invalidez ou perda do emprego).

Como solicitar: Em caso de **perda de emprego, morte, invalidez ou doença que leve impossibilidade de obter renda**, o segurado (ou beneficiário) pode acionar o seguro e este faz o pagamento das parcelas da Escola. Caso seja até o final da educação, será fixado um valor mensal a ser pago para uma instituição de ensino. Se a instituição de ensino tiver mensalidade mais elevada, caberá ao beneficiário completar o valor. O beneficiário não pode utilizar o valor como pensão, o seguro só poderá ser usado com educação.

Caso o beneficiário decida por exemplo, não fazer faculdade, ou faça uma faculdade pública, não terá direito ao benefício.

Diversas instituições de ensino vêm obrigando os pais a contratar um seguro educacional que garante o pagamento das parcelas e demais custas até o final do ano letivo, sendo renovado o seguro no ano seguinte.

SEGURO EDUCACIONAL - CASO

Adamastor é empresário e responsável financeiro pelos filhos, e teve que fazer o seguro pela escola. Não lhe foi cobrado nada, a própria escola irá arcar com a despesa do seguro, entretanto, repare que é inútil essa contratação, pois como Adamastor é empresário, o seguro não cobre caso a empresa dele venha a falir (lucros não são seguráveis). Esse seguro na prática só cobre em caso de morte, invalidez ou problemas de saúde de Adamastor. Já se fosse Chiara que é empregada CLT e ela perdesse o emprego, aí sim o seguro poderia ser acionado pela escola.

Nesse exemplo, o titular da apólice é o Adamastor e a escola é a beneficiária (não o filho).

4.1.4 SEGURO VIAGEM

Garante ao segurado indenização no caso da ocorrência de riscos cobertos durante período da viagem, que engloba embarque, permanência e retorno do viajante.

É como um seguro de acidentes pessoais mais completo e válido no exterior, especificando o país que será visitado ou mesmo válido em todo o mundo e/ou em uma série de países.

O seguro viagem tem que oferecer, obrigatoriamente, proteção para, pelo menos uma das seguintes **coberturas básicas**:

- Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem nacional (DMHO em viagem nacional)
- Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem ao exterior (DMHO em viagem ao exterior)
- Traslado de corpo – indenização das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do falecimento até o domicílio ou local do sepultamento, incluindo-se nestas despesas todos os procedimentos e objetos imprescindíveis ao traslado do corpo.
- Regresso sanitário – indenização das despesas com o traslado de regresso do segurado ao local de origem da viagem ou de seu domicílio caso este não se encontre em condições de retornar como passageiro regular por motivo de acidente pessoal ou enfermidade cobertos pelo seguro. Esta cobertura deve englobar, quando requisitado por médico responsável pelo atendimento, mais de uma remoção.
- Traslado Médico – indenização das despesas com a remoção ou transferência do segurado até a clínica ou hospital mais próximo em condições de atendê-lo, por motivo de enfermidade ou acidente pessoal cobertos pelo seguro.
- Morte em viagem;
- Morte acidental em viagem;
- Invalidez permanente total ou parcial por acidente em viagem.

Esse seguro oferece serviços práticos, a custo relativamente baixo cerca de 5% do valor da viagem, os preços variam de acordo com as coberturas contratadas e o número de dias da viagem. A indenização é limitada ao valor do capital segurado e pode ocorrer na forma de pagamento deste valor, por reembolso de despesas ou ainda via prestação de serviços.

Como solicitar: Em caso de acidente no exterior, buscar rede credenciada ou solicitar reembolso (bem complexo, os documentos dos outros países podem ser diferentes).

Costuma ser obrigatório para entrada em diversos países uma apólice de seguro viagem para cobrir despesas médicas no local, impedindo que essas despesas recaiam sobre o estado.

4.1.5 SEGURO PRESTAMISTA

São seguros de vida em grupo, onde 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 garante, dentro dos limites fixados, o pagamento para o credor do saldo de dívidas do segurado, se forem concretizados os riscos cobertos no caso de sua morte ou invalidez ou até mesmo desemprego involuntário. E a família do segurado ficará livre de dívidas que tenha contraído, caso aconteçam alguns dos riscos previstos na apólice.

Coberturas mais comuns:

- Morte natural e/ou acidental;
- Invalidez permanente e total por acidente;
- Invalidez funcional permanente e total por doença;
- Perda de renda por desemprego involuntário;
- Perda de renda por incapacidade física temporária.

Exemplos nos quais o seguro prestamista pode ser utilizado:

- Empréstimos junto a financeiras e bancos;
- Cheque especial de bancos;
- Cartão de crédito (para cobrir o saldo do cartão);
- Consórcios;
- Financiamentos de bens (imóveis, veículos, eletrodomésticos, etc.);
- Empréstimos com pagamento consignado em folha.

Os planos de seguro prestamista devem estar estruturados em uma das seguintes modalidades de capital segurado:

- **Capital segurado fixo:** modalidade em que o capital segurado não varia ao longo da vigência, independentemente da evolução do valor da obrigação;
- **Capital segurado vinculado:** modalidade em que o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste;
- **Capital segurado variável:** modalidade em que o capital segurado está atrelado a uma obrigação cujo valor possui comportamento imprevisível ou flutuante ao longo da vigência do seguro, tal como, mas não se limitando a, fatura de cartão de crédito e dívida de cheque especial.

A contratação do seguro prestamista é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

As propostas de contratação e de adesão e os bilhetes de seguro deverão ser documentos próprios, distintos e apartados no instrumento de contratação da obrigação a que o seguro está vinculado.

Para que os objetivos do seguro prestamista sejam realizados, é importante seguir as regras que

garantem a cobertura do risco. Entre elas, destacam-se:

- As parcelas do seguro devem ser pagas em dia.
- A falta de pagamento de uma parcela do seguro implica na suspensão das coberturas.
- O segurado deve preencher a declaração pessoal de saúde (qualquer lesão ou doença preexistente que tiver conhecimento) e atividades, fornecendo todas as informações solicitadas.
- Aviso aos familiares ou seus beneficiários de que contratou financiamento associado ao seguro prestamista, com cobertura no caso de morte.
- Nome completo da instituição financeira ou da empresa na qual o segurado fez um financiamento ou empréstimo;
- Valor do empréstimo ou financiamento, finalidade, prazo e condições de pagamento, data da contratação e valor contratado;
- Número do certificado individual do seguro prestamista que dá cobertura à quitação de dívidas e financiamentos.
- O credor será sempre o primeiro beneficiário, ou seja, quem vai receber a indenização ou reembolso da seguradora. Ele receberá o valor correspondente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado.

4.1.6 SEGURO FUNERAL

Tem por objetivo garantir uma indenização, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral, no caso de falecimento do segurado, conforme descrição constante das condições contratuais do seguro. Vale ressaltar que a indenização sempre estará limitada ao valor do capital segurado contratado.

As coberturas do seguro funeral poderão abranger o reembolso de despesas ou a prestação de um ou mais dos seguintes serviços: tratamento das formalidades para liberação do corpo, registro de óbito em cartório, atendimento e organização do funeral, sepultamento, cremação, locação e aquisição de jazigo, transporte do corpo até o Município da residência, caso o falecimento tenha ocorrido em Município diverso ou outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

Os beneficiários do seguro funeral serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.

4.2 SEGURO DE AUTOMÓVEL

O seguro de automóveis no Brasil se divide em dois grupos bem distintos: o seguro obrigatório (DPVAT – Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres) e o seguro facultativo, mais comumente conhecido como seguro de automóveis. Inicialmente vamos nos ater ao seguro facultativo ao final entraremos em detalhes do DPVAT

4.2.1 SEGURO FACULTATIVO DE AUTOMÓVEL

No seguro facultativo de automóvel existem três coberturas Básicas:

- **Básica 1 – Cobertura Total ou Compreensiva**

- Inclui os seguintes riscos: colisão, abalroamento, capotagem ou derrapagem; queda sobre o veículo de objeto externo; dano causado pela carga transportada; dano causado quando o veículo estiver sendo transportado; ato danoso praticado por terceiros; alagamento, enchente e inundação; ressaca, vendaval, granizo e terremoto; raio; incêndio ou explosão; roubo ou furto total ou parcial (partes).
- **Básica 2 – Incêndio , Roubo/Furto**
 - Cobertura mais limitada, que abrange apenas os riscos de raio, incêndio, explosão e roubo ou furto total.
Caso seu veículo segurado seja roubado ou furtado e não for encontrado em até 30 dias após a comunicação a polícia e a seguradora, o segurado terá “indenizado integralmente” do valor estipulado em apólice.
- **Básica 3 – Incêndio**
 - Cobertura menos comum, que abrange apenas os riscos de raio, incêndio, explosão.

Podem ainda ser inclusos:

- Danos a terceiros (materiais e corporais);
- Acidentes pessoais - garante indenização ao motorista e os passageiros transportados no seu carro, ou seus beneficiários, se vierem a sofrer lesões corporais ou morte;
- Responsabilidade Civil Facultativa de Veículos - cobertura que visa reembolsar ao segurado a indenização à qual esteja obrigado, judicial ou extrajudicialmente, a pagar em consequência de danos corporais e/ou materiais involuntários causados a terceiros.

Definição de “indenização integral” (antigamente chamada “perda total”), é quando o dano resultar em um prejuízo maior ou igual a 75% do valor do automóvel.

Obs.: Cabe sempre a seguradora realizar a avaliação do percentual da perda.

O segurado pode escolher uma das duas modalidades de indenização integral:

- **Modalidade “valor de mercado referenciado”**
 - Quando a gravidade do acidente (sinistro) resultar em indenização integral do veículo segurado, o valor da indenização deverá ser consultado na tabela de avaliação de veículos, chamada “tabela de referência”, que deve estar definida na apólice. Praticamente a totalidade das empresas utiliza a **tabela Fipe**, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas.
 - Na negociação do contrato, o segurado pode escolher um **“fator de ajuste”, percentual que será aplicado sobre o valor encontrado na tabela de referência**. O objetivo desse recurso é ajustar o valor da tabela ao valor de mercado real do seu veículo, consideradas suas características particulares, como estado de conservação, opcionais e diferenças regionais. Esse ajuste pode ser tanto para aumentar quanto diminuir o valor do veículo, e pode variar bastante de seguradora para seguradora.
 - Na compra de automóvel 0km, se o sinistro em 90 dias depois da contratação do seguro, a indenização será igual à da cotação de um modelo novo idêntico. A partir desse período, a cotação utilizada será a de um veículo usado, do ano e modelo do carro segurado.

- **Modalidade “valor determinado”**

- O procedimento para os reparos nesta modalidade, por sua vez, será o mesmo dispensado a danos ao veículo, ou seja, poderá ser caracterizada perda parcial – com incidência de franquia – ou indenização integral (sem incidência de franquia).
- No caso de uma indenização integral, o valor determinado garante a indenização de uma quantia fixa, estipulada no contrato. Essa modalidade de contratação é aceita com restrições pela maioria das seguradoras. As seguradoras colocam, de forma geral, limites mínimos e máximos para a escolha do valor segurado.

Franquia é o valor ou percentual definido na apólice pelo qual o segurado fica responsável em caso de sinistro de perda parcial (menor de 75% do valor do bem).

- A cobrança de franquia desestimula o acionamento do seguro e incentiva a prudência do motorista perante os riscos. Na proposta e na apólice do seguro do automóvel deve constar o valor fixo ou percentual da franquia.
- **Franquia é uma coparticipação do segurado no valor do orçamento do dano sofrido.** E pode ser de quatro tipos diferentes:
 - **Franquia normal**, também chamada de franquia básica. É o padrão utilizado como base nas cotações de prêmio, é a predileta nas apólices por conta de seu valor, que é considerado médio. Ela é mais apropriada a motoristas mais experientes .
 - **Franquia majorada**, ou **umentada**, é indicada para a maior parte dos motoristas que tem uma baixa incidência de sinistros. Esse tipo de franquia tem **um valor maior que a normal**. Contudo, se a probabilidade de sinistro for pequena o resultado é melhor, dado que o preço total do seguro será menor.
 - **Franquia reduzida** é sugerida para motoristas com menos experiência, e que se envolvem em mais de acidentes. Seu valor é mais acessível do que a franquia normal, entretanto, o prêmio do seguro fica mais caro.
 - **Franquia isenta** é incomum, quase não é ofertado pelas seguradoras. Porque em danos parciais ao veículo, o segurado não precisa pagar nada, o reparo é todo por conta da seguradora, por isso há um limite de utilização. Isso gera um alto custo para seguradora e, portanto, prêmio desse seguro fica mais caro.

*Caso o dano do veículo segurado seja **superior a 75%** do valor definido em apólice, o **proprietário do veículo vai receber o valor de “indenização integral”** sem ter de pagar nenhum valor como franquia.*

CÁLCULO DO PRÊMIO = se baseia no valor do bem e na probabilidade do sinistro, depende do perfil de uso do automóvel e do seu condutor.

Principais variáveis no valor do prêmio:

- Idade, motoristas mais novos tem maior probabilidade de sinistro;
- Gênero, probabilidade de sinistros com mulheres é inferior;
- Uso profissional do veículo, motoristas particulares ou de aplicativos tem maior exposição ao risco;

- Histórico de sinistros, acidentes do condutor. Caso o segurado passe anos sem sinistro é gerado um bônus (desconto) no valor seguro;
- Probabilidade de roubos de veículos não segurados;
- Região em que reside o segurado;
- Tipo de franquia e coberturas.

Coberturas adicionais, destacam-se as garantias de indenização para:

- Acessórios - instalados em caráter permanente no seu carro, originais ou não, tais como: Aparelhos de Som, DVDs, telas de LCD, GPS, etc.
- Assistência 24h
- Blindagem
- Carro reserva
- Carrocerias de caminhões (equipamentos acoplados na carroceria)
 - Equipamentos de serviço de caminhões (Guindastes, plataformas elevatórias etc.)
- Despesas extraordinárias
 - Pagamento de indenização adicional visando ao reembolso de despesas referentes à emissão ou baixa de documentos, quando ocorre indenização integral do veículo, sem necessidade de comprovação.
- Extensão de perímetro (territorial)
- Kit gás
- Lucros cessantes
- Responsabilidade Civil Facultativa
- Valor de novo - Amplia o "valor de novo" de 90 dias para 180 dias.
- Vidros

Como solicitar:

- Em caso de acidente, a seguradora avaliará se vale a pena o reparo (até 75% do valor assegurado) ou a indenização integral.
- Em caso de roubo ou furto, será realizada a indenização*.
 - *Sempre mediante a apresentação de boletim de ocorrência e cumprimento das demais obrigações legais e contratuais.
- Em caso de indenização do veículo, a seguradora passa ser a **dona** do veículo sinistrado.
- Em caso de acidente com culpa de terceiros, a seguradora se garante o direito acionar o culpado em nome do titular da apólice (**SUBROGAÇÃO**).

Principais Riscos excluídos:

Obs.: depende da cobertura básica selecionada.

- Guerra, rebelião, insurreição ou revolução;

- Confisco, destruição, requisição ou apreensão efetivada por qualquer ato de autoridade civil ou militar;
- Tumultos, greves, e quaisquer outras perturbações de ordem pública;
- Outras convulsões da natureza, além das cobertas, que são: alagamento, enchente, inundação, ressaca, vendaval, granizo e terremoto;
- Trânsito por estradas ou caminhos impedidos, não abertos ao tráfego ou de areias fofas ou movediças;
- Participação do veículo segurado em competições, apostas e provas de velocidade;
- Inobservância das disposições legais, tais como excesso de lotação de passageiros, transporte de passageiros em locais não apropriados, reboque por veículo não apropriado;
- Poluição ou contaminação ao meio ambiente.

Não estão cobertos, danos a terceiros causados a:

- Ascendentes, descendentes, cônjuge e irmãos do segurado, bem como a quaisquer parentes e pessoas que com ele residam ou que dele dependam economicamente;
- Empregados ou prepostos do segurado, quando a seu serviço;
- Sócio-dirigente ou dirigentes de empresa do segurado;
- Bens de terceiros em poder do segurado.

Perda de direitos:

A seguradora poderá recusar o pagamento do sinistro nas seguintes situações:

- Declarações inexatas ou omissas feitas pelo segurado. Caso a falha ou omissão nas declarações não resultarem de má-fé do segurado, a seguradora poderá indenizar o sinistro e cobrar a diferença de prêmio;
- Condução do veículo por pessoa sem habilitação legal;
- Uso do automóvel para fim diferente do declarado na apólice;
- Sinistro causado por dolo (má intenção);
- Fraude ou tentativa de fraude por parte do segurado;
- Agravamento intencional do risco;
- Acidentes ocorridos em consequência direta e indireta de quaisquer alterações mentais do condutor, devido ao uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas; e
- Descumprimento, por parte do segurado, das obrigações contratuais do seguro (pagamento, principalmente) e da apólice.

4.2.2 SEGUROS OBRIGATÓRIOS DE AUTOMÓVEL

DPVAT

É o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres, ou por sua Carga, a Pessoas Transportadas ou Não. Sua finalidade é de amparar as vítimas de acidentes de trânsito em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa dos acidentes.

Perceba que o DPVAT é um seguro de caráter social.

O QUE COBRE O SEGURO DPVAT?

A seguradora efetuará o pagamento das indenizações a seguir especificadas, nos valores de indenização são fixados na Lei 6.194/74, por meio da Lei 11.482, de 31/05/2007:

Morte	R\$ 13.500,00
Invalidez Permanente	até R\$ 13.500,00* *Vide tabela de Danos Corporais Totais
Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares (DAMS)	até R\$ 2.700,00

Não estão cobertos pelo DPVAT:

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

SEGURO CARTA VERDE

É um seguro obrigatório para automóvel de passeio, particular ou de aluguel, registrados no Brasil, que estejam em viagem internacional pelo Mercosul (Argentina, Paraguai e Uruguai). Ele um seguro de Responsabilidade Civil do Proprietário e/ou Condutor de Veículos Automotores Terrestres (**automóvel de passeio**, particular ou de aluguel), que cobre danos causados a pessoas ou objetos não transportados.

Obs.: Veículos usados para transações de negócios internacionais, sejam eles para fins comerciais ou turísticos não entram nessa categoria.

O objetivo é proteger os cidadãos que estão recebendo a visita internacional.

SEGURO DE AUTOMÓVEL – CASO 1

Adamastor emprestou seu carro ao seu filho Théo, já com 20 anos. Théo teve um acidente em que o outro motorista era culpado. Ele não informou ao seguro que havia um condutor abaixo de 25 anos que poderia dirigir o carro.

Se Adamastor tivesse informado, certamente o valor do seguro dele aumentaria.

Entretanto, como não informou e o acidente foi sob a responsabilidade do filho, o carro não está coberto e ele não receberá a indenização.

Tampouco a seguradora irá buscar reparos junto ao culpado do acidente, pois essa apólice cobre o Adamastor e não o filho.

SEGURO DE AUTOMÓVEL – CASO 2

Daniela se envolveu num acidente e provocou a perda total de um carro de terceiro avaliado em

R\$ 200 mil. Seu seguro cobre até R\$ 50 mil de danos a terceiros. Ela reconheceu o erro e assumiu o pagamento.

O proprietário do outro veículo recebeu indenização de R\$ 50 mil da seguradora de Daniela e teve as despesas médicas pagas pela seguradora de Daniela. Entretanto, Daniela ainda responde processo para indenizar os outros R\$ 150 mil.

O terceiro processou também a seguradora, mas o juiz entendeu que não é devido nada pela seguradora, que fez até mais pagando as despesas médicas além dos 50mil de indenização, mas vai avaliar as condições financeiras de Daniela para pagar o restante do prejuízo.

A proteção a terceiros é importante no seguro do carro, mas nunca é ilimitada, quanto maior a cobertura, mais caro será o seguro.

Repare que se Daniela tivesse colidido num veículo que vale R\$ 30 mil pela Tabela Fipe, a sua seguradora iria indenizar o terceiro em R\$ 30 mil. A indenização a terceiros tem um teto, mas não é um valor fixo, varia até o teto.

EXERCÍCIO DE FIXAÇÃO

Paloma contratou um seguro para seu automóvel com as coberturas e prêmios abaixo:

Roubo: R\$ 2.000 | Colisão: R\$ 1.300 | Incêndio R\$ 1.700 | Blindagem: R\$ 1.500

Lembrando que o adicional de fracionamento é R\$ 80,00, que a taxa de corretagem é de 10% e que o IOF é de 7,38%.

Baseado nesses dados responda as questões abaixo:

1)	Uma das preocupações de Chiara será o prêmio a pagar. Qual o valor mensal do prêmio esperado nesse caso?
a)	R\$20.000,00
b)	R\$222,22
c)	R\$111,11
d)	R\$2.000,00

2)	Considerando agora que a Seguradora espera um rendimento médio líquido de 3,7% a.a. no valor pago. Qual o valor esperado para o prêmio mensal?
a)	R\$92,42
b)	R\$83,70
c)	R\$144,34
d)	R\$107,47

3)	Chiara, muito atarefada no trabalho esqueceu de pagar o seguro de vida por 5 meses enquanto seu filho completou 18 anos. Depois disso ela deseja retomar o seguro. É correto afirmar que:
a)	A seguradora poderá reabilitar a apólice, retomando as cobranças dos prêmios.

b)	A seguradora não poderá reabilitar a apólice visto que o não pagamento dos prêmios configura uma quebra contratual, acabando com a vigência do seguro.
c)	A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vencidos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.
d)	A seguradora poderá reabilitar a apólice mediante o pagamento dos prêmios vencidos, podendo também exigir ajustes nos prêmios vencidos mediante a constatação de alteração na condição de saúde do cliente.

4)	Infelizmente, pouco antes de o filho de Chiara completar 23 anos, Chiara sofreu um acidente em São Paulo, onde morava, e veio a falecer. O filho então receberá o valor segurado, mas:
a)	precisará pagar o imposto de IOF sobre o total recebido
b)	pagará ITCMD de 4% sobre o valor recebido, já que era residente de São Paulo.
c)	irá pagar Imposto de Renda sobre a diferença entre o total de prêmios pagos e o valor recebido,
d)	não precisará pagar imposto.

Resolução e Comentários:

Paloma contratou um seguro para seu automóvel com as coberturas e prêmios abaixo:

Roubo: R\$ 2.000 | Colisão: R\$ 1.300 | Incêndio R\$ 1.700 | Blindagem: R\$ 1.500

Lembrando que o adicional de fracionamento é R\$ 80,00, que a taxa de corretagem é de 10% e que o IOF é de 7,38%.

1. Qual será o valor pago de prêmio puro?

- A. **6.500,00**
- B. 6.580,00
- C. 7.238,00
- D. 7.311,11

$$\text{Roubo } 2.000 + \text{Colisão } 1.300 + \text{Incêndio } 1.700 + \text{Blindagem } 1.500 = 6500$$

2. Qual será o valor pago de prêmio comercial à vista?

- A. 7.150,00
- B. 7.238,00
- C. **7.222,22**
- D. 7.302,22

$$\text{Prêmio Puro} = 6500$$

$$\text{Prêmio Comercial} = \text{Prêmio Puro} / 1 - \text{Índice de despesas}$$

$$\text{Prêmio Comercial} = 6500 / 1 - 0,10$$

$$\text{Prêmio Comercial} = 6500 / 0,90 = 7.222,22$$

3. Qual será o valor pago de prêmio bruto?

A. 7.302,22

B. 7.755,22

C. **7.841,13**

D. 7.677,67

Prêmio Bruto = (Prêmio Comercial + adicional de fracionamento) x (1+IOF)

Prêmio Bruto = (7.222,22 + 80) x 1,0738

Prêmio Bruto = 7841,13

4. Paloma adquiriu o automóvel financiado, por meio de um Crédito direto ao Consumidor realizado na concessionária. Caso ocorra uma perda total do veículo, como a seguradora deve proceder?

A. Pagar a Paloma de valor de contrato do veículo à vista, assim ela poderá negociar com o banco a forma de pagamento.

B. Ressarcir Paloma no valor de tabela FIPE para que ela quite o carro com a financeira.

C. **A seguradora deve quitar a dívida com o banco que realizou o financiamento. (CORRETA)**

Enquanto o financiamento não for quitado, e a financeira que é a dona do veículo, portanto cabe a ela receber o valor restante do financiamento. Depois da dívida paga o valor restante será pago a Paloma.

D. Deve solicitar a Paloma que quite sua dívida na financeira, para que ela receba o ressarcimento.

4.3 SEGURO RESIDENCIAL

Cobertura: iniciou-se apenas como a cobertura **contra incêndio**, agora há também a opção de multiriscos. Que pode proteger contra **danos materiais ao imóvel e aos aparelhos** em caso de qualquer **tipo de incidente como incêndios, furtos ou até queda de raios**, oferecendo *dependendo do tipo de cobertura, até o pagamento de aluguel temporário*.

Tipos de Cobertura:

- **Cobertura Básica de Incêndio, Queda de raio e Explosão**
- **Cobertura multiriscos** – varia de acordo com a apólice, é importante analisar quais as proteções que causam maiores danos ao patrimônio. O ideal é catalogar todos os pertences de valor no interior de casa, e analisar quais riscos cabem ser segurados e se fazem jus a contratação.

- **Roubo e furto (qualificado)**

- E possível indenizar todos os bens materiais que compõem o conteúdo do imóvel, pode incluir os danos causados na tentativa do roubo/furto. Deve-se listar os produtos eletroeletrônicos e os da chamada “linha branca”, que são geladeira, fogão, máquina de lavar, etc. Móveis, roupas e objetos de uso pessoal não precisam ser incluídos na lista, a não ser que sejam de alto valor.
- É necessário para haver indenização que se qualifique o delito, ou a tentativa dele, em algumas das duas definições abaixo:

Roubo (Art. 157 – Código Penal): “Subtrair coisa móvel alheia, para si ou para outrem, mediante grave ameaça ou violência a pessoa, ou depois de havê-la, por qualquer meio, reduzido à impossibilidade de resistência”.

Furto Qualificado (Art. 155 – Código Penal): “Subtrair, para si ou para outrem, coisa alheia móvel: I - com destruição ou rompimento de obstáculo à subtração da coisa; II - com abuso de confiança, ou mediante fraude, escalada ou destreza; III - com emprego de chave falsa; IV - mediante concurso de duas ou mais pessoas.

Dicas:

1- A melhor maneira de calcular quanto valem os seus pertences é fazer um inventário completo do que possui dentro de casa, antes de comprar o seguro.

2- Perceba que é necessária para qualificar os crimes, que a entrada na residência tenha alguma “barreira”, caso a porta tenha ficado aberta, é apenas furto, e, portanto, não tem cobertura.

Obs.: Objetos de valores alto, como joias, quadros, obras de arte, raridades e objetos de estimação não costumam ser aceitos pelas seguradoras no seguro residencial, é necessário fazer um seguro para o bem específico.

- **Danos elétricos** - Cobre estragos em produtos eletroeletrônicos causados por curto-circuito. Várias seguradoras oferecem um serviço de checagem das instalações elétricas, mediante contratação desta cobertura. A parte elétrica da sua casa passa a ter proteção, como a fiação elétrica, conduzida pelas paredes, o quadro de luz e chave do relógio de medição de consumo de energia elétrica.
- **Vendaval, ciclone, furacão, tornado, granizo, queda de aeronaves, impacto de veículos terrestres e fumaça.**
Obs.: Para efeito do seguro, é considerado vendaval quando o vento atinge velocidade superior a 54 quilômetros por hora.
- **Queda de aeronaves e impacto de veículos** - São duas coberturas bastante válidas, porque se ocorrer um acidente dessa magnitude os danos são grandes e tendem a ter baixo custo.
- **Vidros** - cobre os reparos de vidros, mármore e espelhos que estejam fixados em janelas, portas e divisórias, além de prateleiras e molduras. Pode-se estender a cobertura para espelhos, azulejos, mármore, ladrilhos, porcelanatos, etc.
- **Responsabilidade civil familiar** - garante indenizações que possam ser cobradas, judicialmente, por outras pessoas que tenham sido prejudicadas involuntariamente pelo segurado, ou por quem mora ou trabalha na casa dele, por queda de objetos do imóvel, ou ainda, por seus animais de estimação. Há ainda, o reembolso de despesas com custas judiciais e honorários de advogados.
- **Acidentes pessoais** - garante indenizações até o limite contratado para falecimento e invalidez permanente por acidente ocorrido dentro da residência.
- **Tumultos, greves e lockouts.**
- **Alagamentos e inundações** - Cobre perdas e/ou danos materiais em razão de entrada de água na residência, desde que não seja oriunda de má conservação das canalizações do imóvel segurado.
- **Desmoronamento** - Garante indenização de perdas e/ou danos materiais ocorridos em razão de desmoronamento parcial ou total de imóveis existentes no local segurado causado por qualquer fator, inclusive, convulsões da natureza.
- **Despesas adicionais**
 - O pagamento de gastos extras de moradia, fora da sua casa, se o segurado ficar impedido de ocupá-la por ter sido destruída por incêndio ou por outra catástrofe

segurada, também pode ser contratado na sua apólice.

- Não precisa ser necessariamente a indenização de um aluguel, enquanto o segurado aguarda que a sua casa seja reparada. O segurado pode ser reembolsado das diárias pagas em hotel, das despesas com restaurante e outros custos que tenha precisado fazer de acordo com as condições que estiverem previstas nessa cobertura.

Detalhes relevantes para o cálculo de prêmio:

No caso de um incêndio, a seguradora vai pagar a indenização **para refazer a construção a casa**, de acordo com o preço do metro quadrado estimado para a região em que está localizada e, principalmente, pelo laudo técnico que vai concluir o padrão de construção.

Observação: a seguradora paga o valor da reconstrução da casa, e não inclui o valor do terreno.

Na linguagem dos seguros, antes de acontecer qualquer sinistro, o valor total de reposição dos bens materiais segurados é conhecido por **Valor em Risco (VR)**.

Já o custo de reposição no dia e local do sinistro, a ser usado para substituir bens e materiais danificados por outros equivalentes, é denominado **Valor Atual (VA), que sofre deduções pelo uso, idade e estado de conservação**.

Também entra na composição do cálculo o chamado **Valor de Novo (VN), que é quanto custa um bem material em estado de novo**, que ainda não foi usado e, portanto, não sofre depreciação.

Dessa forma, o custo do seguro residencial será determinado pela quantia declarada para reconstrução da sua casa, acrescido, se o cliente desejar, das coberturas especiais ou acessórias e de prestação de serviços.

Vale lembrar que o prêmio para as coberturas especiais ou acessórias de eletrodomésticos, vidros, acidentes domésticos, roubo ou furto de bens, danos elétricos, etc. é calculado sobre os valores definidos para cada cobertura contratada.

Cálculo do prêmio:

(valor do imóvel + estimativa dos bens) X probabilidade do sinistro.

Como solicitar: é necessário comprovar o incidente por meio de perícia e/ou boletim de ocorrência, bem como existência de nota fiscal dos bens reembolsáveis.

SEGURO RESIDENCIAL - CASO

Adamastor teve um furto dentro de sua casa e roubaram:

- Sua televisão – coberto
- Dinheiro – não coberto.
- Seu carro – não coberto (tem seguro específico)
- Jóias – não coberto, **é objeto de valor** tem seguro específico para esse fim.
- Seu sofá –coberto.
- Sua coleção de selos – não coberto.

Repare que só foi pago um objeto típico da casa, como móveis e equipamentos de baixa voltagem (os mais comuns como: tv, geladeira, microondas, etc.)

O dinheiro, carro e as joias, mesmo com nota fiscal, não entram, pois é um objeto de valor, deveriam ter seguro próprio. A coleção de selos não é um objeto comum de uma residência, se fosse o caso deveria ter um seguro só para ela.

Exercício de Fixação

Dimas após realizar seu sonho de compra a casa própria, contratou um seguro residencial no valor de R\$300.000,00. Passados alguns meses houve um incêndio em sua residência e queimou tudo. Após uma avaliação da seguradora, estimaram o terreno em 100 mil e a construção em 200 mil . Qual valor da indenização que Dimas irá obter?

a	R\$300.000,00
b	R\$270.000,00
c	R\$200.000,00
d	R\$230.000,00

O terreno não é indenizável. Portanto o item C é a alternativa correta.

Mas mesmo que ele tivesse pagado 70mil no terreno e gastado 150 mil na construção ele ganharia os mesmos 200mil, porque o mais importante é o preço de mercado.

4.4 SEGURO SAÚDE

Os altos custos do atendimento médico-hospitalar e a precariedade dos serviços públicos de saúde fizeram com que grande parte da população brasileira contratasse um seguro ou plano de saúde para ter mais tranquilidade.

O sistema de saúde suplementar, formado pelas operadoras de planos de assistência à saúde, é bastante complexo e passa por constantes modificações e aperfeiçoamentos, principalmente depois da regulamentação do setor pela Lei nº 9.656, de 1998, que entrou em vigor em janeiro do ano seguinte, e pela Lei nº 9.961, de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), responsável pelo por regular o setor.

A Lei 9.656 de 2000 determinou que todo o setor passasse a ser regulado pela ANS. Vinculada ao Ministério da Saúde a ANS tem a responsabilidade de supervisionar, regular e fiscalizar tanto o seguro quanto todas as demais modalidades de saúde suplementar.

Além das diferenciações e inovações promovidas pela Lei nº 9.656/98, existe um aspecto que distingue o plano do seguro saúde. O seguro saúde, em adição à rede referenciada, deve oferecer livre escolha de serviços mediante reembolso, cujo valor é definido no contrato e em tabela de preços.

Segundo a ANS, há outras formas de provedores que fornecem seguro saúde para os segmentos de baixa renda, além das seguradoras especializadas em seguro saúde. As formas legais dessas entidades classificadas como

Operadoras, estão as seguintes modalidades:

- **Seguradoras especializadas em saúde**
 - São as seguradoras autorizadas a operar – exclusivamente – seguro saúde. No seu estatuto deve constar a proibição de atuarem em quaisquer outros ramos de seguro.

- **Cooperativas médicas**
 - São sociedades sem fins lucrativos, formadas de acordo com a Lei nº 5.764/ 71 (Lei das Cooperativas), com o objetivo de operar planos privados de assistência à saúde.
- **Cooperativas odontológicas**
 - Também são sociedades sem objetivo de lucro, regulamentadas pela mesma lei que rege as cooperativas médicas, as quais operam apenas planos odontológicos.
- **Autogestão**
 - É o sistema, sem finalidade lucrativa, no qual uma empresa ou outro tipo de organização institui e administra o plano privado de saúde de seus empregados ativos, aposentados, pensionistas e ex-empregados e respectivos grupos familiares, ou ainda, participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de categorias profissionais e assemelhados.
- **Filantropia**
 - Nessa classificação estão incluídas entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de saúde. Necessariamente, as instituições filantrópicas têm que ser certificadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social e declaradas de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos governos estaduais ou municipais.
- **Medicina de grupo**
 - Empresas ou entidades que operam planos privados de saúde, à exceção das que fazem parte das demais modalidades.
- **Odontologia de grupo**
 - Empresas ou entidades que possuem características semelhantes às de medicina de grupo, mas operam exclusivamente planos odontológicos, à exceção dos que fazem parte das demais modalidades.
- **Administradoras de benefícios**
 - São empresas que administram planos coletivos de assistência à saúde, intermediando a relação entre a pessoa jurídica contratante e a operadora contratada para fornecer um plano de saúde. Não assumem o risco decorrente da operação dos planos. Também não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos e não têm vínculo contratual direto com os beneficiários. Ela tem a responsabilidade de emitir boletos e de representar os beneficiários na negociação de aumentos de mensalidade com a operadora do plano. Dependendo do que for contratado, também deve absorver o risco de inadimplência ou atraso de pagamento de mensalidades por parte do empregador, do conselho, sindicato ou associação profissional contratante, preservando a continuidade de atendimento dos beneficiários do seguro ou plano de saúde.

Diferença entre plano e seguro saúde:

- **Plano de Saúde:** determina uma rede credenciada onde poderão ser feitas as consultas e internações.
- **Seguro Saúde:** é livre a escolha do prestador de serviços, com opção para atendimento

pela rede credenciada. Tudo é feito por reembolso com valores pré determinados para cada procedimento.

Normalmente, os planos oferecidos pela seguradora são mistos, oferecem uma rede credenciada e o reembolso.

Existem 3 tipos de contratações (sempre intermediado por corretor):

- **Individual (ou Familiar)** – indivíduo compra diretamente da seguradora e decide o que é coberto na apólice.
- **Coletivo** contratados por meio de uma PJ que pode ser:
 - **Empresarial** para uma população com a qual mantenham uma relação empregatícia ou estatutária. Pessoas que trabalham para a mesma instituição.
 - **Por Adesão** - indivíduo adere a um plano por meio de entidade de classe, sindicatos, associações profissionais, etc. Exemplo: CREA, CRM e OAB

Principais diferenças entre contratos individuais e coletivos		
	Planos Individuais	Planos Coletivos
Contratação	Por qualquer pessoa física	Apenas com a intermediação de pessoa jurídica (empresa, associação ou sindicato)
Preços	Geralmente são mais caros que os coletivos	Em geral são mais baratos que os individuais
Reajustes	Regulados e limitados pela ANS	Não têm regulamentação da ANS
Rescisão	ANS proíbe a rescisão unilateral pela operadora	As operadoras podem rescindir o contrato unilateralmente
Duração do contrato	Prazo indefinido	Em contratos coletivos empresariais, quando o empregado perde o vínculo com a empresa, pode permanecer, por um prazo delimitado, com a cobertura do plano.

Cobertura: Garante o pagamento de indenização em caso de despesas médicas. São divididas em:

- **Garantias básicas (Coberturas Básicas):**
 - Despesa hospitalares;
 - Despesas médicas em caso de internação;
 - Tratamento ambulatorial
 - Procedimentos médicos ou pequenas cirurgias, sem necessidade de internação;
 - Partos;
 - Remoções.

- **Garantias Acessórias:**
 - Consultas médicas;
 - Exames complementares;
 - Tratamentos fisioterápicos;
 - Tratamentos Dentários;
 - Remissão.
 - Isenção do pagamento em caso de óbito do titular, mantendo os benefícios aos dependentes por período pré-determinado em contrato.
- **Garantias Especiais:**
 - Enfermagem particular;
 - Despesas Extraordinárias e de Acompanhantes;
 - Internação (por motivos não cobertos na Básica).

COBERTURAS POR SEGMENTO

De acordo com a legislação, existem diferentes segmentos de cobertura em planos de saúde:

- **Cobertura integral do plano referência;**
- **Cobertura integral por segmento, sendo tais segmentos:**
- **Ambulatorial:** Compreende a cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em consultório e ambulatório, atendimentos e procedimentos de urgência e emergência até as primeiras **12 horas** e a realização de exames de laboratório e de imagem (radiografia, ultrassom, etc.). Também estão incluídos procedimentos especiais, como hemodiálise, quimioterapia (desde que não exija internação), hemoterapia ambulatorial, pequenas cirurgias, etc.
 - Neste plano, cliente não terá direito à realização de exames mais prolongados, que necessitam de permanência acima de 12h no hospital, como cirurgias e outros procedimentos que precisem de anestésias ou internações hospitalares.
- **Hospitalar:** garante a cobertura de internações hospitalares com número ilimitado de diárias, inclusive em UTI, além de custos associados à internação com médicos, enfermeiras, alimentação, exames complementares, transfusões, quimioterapia, radioterapia, medicamentos anestésicos, sala cirúrgica e materiais utilizados durante o período de internação. Inclui, também, os atendimentos de urgência e emergência que possam evoluir para internação, além de remoção do paciente para outro hospital. Porém esse tipo de plano não cobre consultas médicas e exames fora do período de internação.
- **Hospitalar com obstetrícia:** Acrescenta ao plano hospitalar a cobertura de consultas, exames e procedimentos relativos ao pré-natal, à assistência ao parto e ao recém-nascido, natural ou adotivo, durante os primeiros 30 dias de vida contados do nascimento ou adoção.
- **Odontológico:** Existem planos exclusivamente para tratamento dentário. Apresentam cobertura para procedimentos realizados em consultório, incluindo exames clínicos e radiológicos, dentística (odontologia estética), endodontia, periodontia, exames e atendimentos de urgência e emergência. Também estão cobertas cirurgias orais menores que possam ser realizadas com anestesia local, em consultório.
- **Referência:** é o mais caro e completo de todos os planos oferecidos pelas operadoras. Compreende os atendimentos ambulatorial, hospitalar e de obstetrícia, podendo incluir ou não a assistência odontológica. Este plano está sujeito a uma carência de apenas 24 horas em

qualquer situação de urgência e emergência. Os outros planos, a carência de 24 horas se restringe aos casos de acidente pessoal e de complicação do processo gestacional.

CARÊNCIAS, VALIDAS PARA O BENEFICIÁRIO E DEPENDENTES:

- 180 dias - Consultas, exames, internações e cirurgias
 - Partos a partir da 38ª semana de gravidez – 300 dias
 - Doenças ou lesões preexistentes – a operadora pode impor uma cobertura parcial temporária por até 24 meses
 - Urgência e emergência – 24 horas
- *Mesmo que por lesão ou doença preexistente

Planos coletivos com mais 30 beneficiários não estão sujeitos carência.

COMO FUNCIONAM OS CASOS DE REEMBOLSO

Reembolso, será limitado à cobertura contratual e deve ser efetuado **no prazo máximo de 30 dias após a entrega da documentação adequada** e dos comprovantes de gastos. Segue algumas informações principais para solicitação:

- Nome do beneficiário;
- Data do atendimento;
- Nota fiscal ou recibo;
- CNPJ clínica ou hospital com endereços;
- CRM e especialidade do Médico que realizou procedimento e/ou consulta;

SEGURADORA DE SAÚDE ALTERAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

- Substituição de entidade hospitalar pode ocorrer desde que seja por outra equivalente, e avisada com 30* dias de antecedência aos consumidores e à ANS.

*Caso o motivo do descredenciamento tenha sido por Fraude, ou Infração Sanitária ou Fiscal não é necessário informar 30 dias antes

- **A redução da rede hospitalar não é para ocorrer, mas pode ser realizada mediante autorização expressa da ANS.**
- A Operadora de planos de saúde deverá informar as entidades hospitalares os prestadores indicados para substituição.
- Descredenciamento por decisão de Negócio, por parte da Operadora ou do Hospital, e superado os 30 dias, ainda tendo pacientes internados a Operadora deve arcar com custos até a alta do paciente.
- Caso o descredenciamento seja por decisão de Negócio, por parte da Operadora ou do Hospital, e superado os 30 dias, ainda tendo pacientes internados a Operadora deve arcar com custos até a alta do paciente.
- **Operadora pode sugerir a substituição, mas não pode obrigar o paciente a sair do hospital.**

- Caso o descredenciamento seja por questões sanitárias Operadora deve remover imediatamente o paciente, arcando com todos os custos de remoção.

*Caso o paciente se recuse a sair, ele ficara por sua conta e risco e não mais será qualificado como beneficiário junto a operadora, passará a ser um paciente padrão do hospital.

É POSSÍVEL CONTRATAR MAIS DE UM SEGURO OU PLANO DE SAÚDE?

Não existe nenhum impedimento, independentemente de o seu plano ou seguro ser individual ou coletivo.

O planejador financeiro de analisar que é a melhor combinação entre as coberturas oferecidas pelos planos e seguros de saúde. Cabe ao planejador verificar quais as reais necessidades dos seus clientes e fazer uma análise custo-benefício de acordo com sua capacidade financeira. É possível agrupar planos de assistência médica com ou sem odontologia; assistência ambulatorial e assistência hospitalar com ou sem obstetrícia. Algumas das combinações possíveis são:

- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial
- Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Odontológico
- Hospitalar com obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Hospitalar sem obstetrícia + Ambulatorial + Odontológico
- Referência + Odontológico
- Referência sem obstetrícia + Odontológico
- Referência com obstetrícia + Odontológico

SEGMENTO	COBERTURA					
	Consultas	Exames	Tratamentos e outros procedimentos ambulatoriais	Internações	Partos	Tratamentos odontológicos
Ambulatorial	X	X	X			
Hospitalar sem obstetrícia				X		
Hospitalar com obstetrícia				X	X	
Odontológico						X
Referência	X	X	X	X	X	

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

QUAIS SÃO AS EXCLUSÕES PARA TODOS OS TIPOS DE PLANO?

- Transplantes, à exceção de córnea e rim e dos transplantes autólogos previstos no rol da ANS.
- Tratamento clínico ou cirúrgico experimental.
- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos.
- Fornecimento de órteses, próteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico ou para fins estéticos.
- Fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados (sem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária).
- Fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar (exceto alguns medicamentos previstos no rol da ANS, como quimioterápicos de administração oral).
- Inseminação artificial.
- Tratamentos ilícitos, antiéticos ou não reconhecidos pelas autoridades competentes.
- Casos de cataclismos, guerras e tumultos internos declarados pelo governo.

EXERCÍCIO DE FIXAÇÃO

1)	João é contador tem 30 anos, e foi contratado pela Contabilidade S.A. . A empresa tem um plano de saúde coletivo, onde 25 colaboradores já participam dele e João também resolveu aderir no plano empresarial. Ao responder o questionário no período de cadastramento, ele informou a operadora que é ele tem um cálculo renal. Como a operadora pode proceder:
a)	Como plano é empresarial, João não terá período de carência no seu plano.
b)	João terá carência apenas sobre os problemas relacionados ao seu cálculo renal.
c)	A carência no plano de João vai ocorrer de maneira similar a planos individual, portanto ficará 180 dias de carência.
d)	A carência no plano de João vai ocorrer de maneira similar a planos individual, portanto ficará 180 dias de carência. Porém com relação à as questões renais a carência pode ser de até 24 meses.

2)	Ivone possui um seguro saúde, e foi diagnosticada com um câncer e se encontra internada. Durante a sua internação o hospital foi descredenciado por sua Seguradora por questões negociais. Neste caso como a seguradora pode proceder com Ivone?
a)	Se recusar a arcar com custos da paciente no hospital, uma vez que o hospital foi descredenciado.
b)	Deverá retirá-la do hospital imediatamente, visto que ela corre risco de saúde, assumindo todos os custos de remoção.
c)	Permitir que ela permaneça no hospital, dividindo os custos com a paciente até que os médicos lhe deem alta.
d)	Sugerir que ela vá para um hospital da rede credenciada, pagando todos os custos de remoção. Ou caso ela recuse ser removida, a seguradora deve arcar com todas despesas até que a paciente receba alta.

1. **João é contador tem 30 anos, e foi contratado pela Contabilidade S.A. . A empresa tem um plano de saúde coletivo, onde 25 colaboradores já participam dele e João também resolveu aderir no plano empresarial. Ao responder o questionário no período de cadastramento, ele informou a operadora que é ele tem um cálculo renal. Como a operadora pode proceder:**

- A. Como plano é empresarial, João não terá período de carência no seu plano.
- B. João terá carência apenas sobre os problemas relacionados ao seu cálculo renal.
- C. A carência no plano de João vai ocorrer de maneira similar a planos individual, portanto ficará 180 dias de carência.
- D. **A carência no plano de João vai ocorrer de maneira similar a planos individual, portanto ficará 180 dias de carência. Porém com relação às questões renais a carência pode ser de até 24 meses.**

Comentários:

Letra a) é incorreta pois um plano coletivo para não ter carência são no mínimo 30 vidas. E na questão esclarece que são 25 funcionários e não descreve se pode ou não incluir familiares, portanto inferisse de que não possa incluir.

Letra b) é incorreta porque ele terá outras carências como: 180 dias - Consultas, exames, internações e cirurgias; Partos a partir da 38ª semana de gravidez - 300 dias; e doenças ou lesões preexistentes por até 24 meses.

Letra c) é incorreta porque está incompleta. Porque para doenças ou lesões preexistentes a carência pode se estender por até 24 meses.

Letra d) Correta.

2. **Ivone possui um seguro saúde, e foi diagnosticada com um câncer e se encontra internada. Durante a sua internação o hospital foi descredenciado por sua Seguradora por questões negociais. Neste caso como a seguradora pode proceder com Ivone?**

- A. Se recusar a arcar com custos da paciente no hospital, uma vez que o hospital foi descredenciado
- B. Deverá retirá-la do hospital imediatamente, visto que ela corre risco de saúde, assumindo todos os custos de remoção.
- C. Permitir que ela permaneça no hospital, dividindo os custos com a paciente até que os médicos lhe deem alta.
- D. **Sugerir que ela vá para um hospital da rede credenciada, pagando todos os custos de remoção. Ou caso ela recuse ser removida, a seguradora deve arcar com todas despesas até que a paciente receba alta.**

Comentários:

Letra a) Incorreta. Porque o hospital foi descredenciado por questões negociais, ou seja, teve alguma divergência operadora de serviços e por a relação comercial foi rompida. No entanto a paciente não tem nada a ver com e se desejar manter seu tratamento no mesmo hospital ela pode e cabe a operadora arcar todos custos até que ela obtenha alta.

Letra b) Incorreta. Esse item estaria correto caso o hospital foi descredenciado por questões sanitárias,

que não é caso.

Letra c) Incorreta. Cabe a operadora pagar todas as custas, não dividir com a paciente.

Letra d) Correta.

4.5 SEGURO RESPONSABILIDADE CIVIL (RC)

Vale ressaltar qual a diferença entre responsabilidade civil e penal.

A RC a primeira é caracterizada pela falta de intenção de prejudicar o outro. Já a responsabilidade penal é reconhecida quando existe vontade deliberada de causar dano, sendo o seu responsável sujeito ao cumprimento de pena.

O principal objetivo do seguro RC, é proteger o segurado de eventuais reclamações formais ou ações na Justiça em que seja responsabilizado civilmente por ter causado danos involuntários a outras pessoas, sejam materiais ou corporais causados a terceiros de forma culposa, ou seja, sem intenção.

O seguro RC pode cobrir erros das pessoas jurídicas e físicas, danos morais, materiais, ambientais, advocatícia a funcionários e dependentes até o limite do valor definido na apólice. O seguro de RC garante o ressarcimento em **acordos extrajudiciais celebrados por terceiros**, ou **sentenças judiciais transitadas e julgadas** (onde não se admite mais recurso) devidos pelo segurado para reparação de danos e/ou perdas involuntárias causadas a alguém, desde que respeite os limites fixados cobertos pela apólice.

A responsabilidade civil está prevista nos Códigos Civil e do Consumidor, mas também está presente em Estatutos como do Idoso, e da Criança e do Adolescente. O RC vale para todas as situações em que alguém, por responsabilidade decorrente de culpa, acarretar perda ou danos a outros, seja material, patrimonial, corporal ou moral.

No Código Civil Brasileiro, temos três artigos que são importantes para conceituação da responsabilidade civil, que são:

Art. 186. Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.

Art. 927. Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.

Parágrafo único. Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco para os direitos de outrem.

Art. 942. Os bens do responsável pela ofensa ou violação do direito de outrem ficam sujeitos à reparação do dano causado; e, se a ofensa tiver mais de um autor, todos responderão solidariamente pela reparação.

Os elementos necessários para caracterização da Responsabilidade Civil, são:

- **Ação ou omissão** voluntária, negligência, imprudência. **(Fato gerador)**
- **Culpa**, que se define em causar o dano. Sem culpa não há responsabilidade civil, e, portanto, não existirá a necessidade indenizar o dano causado.

- **Nexo de causalidade** é a relação lógica e perceptível entre o fato gerador e o resultado deste.
- **Dano** é um mal ou prejuízo causado pelo fato gerador. O dano pode ser “material”, “estético” e “moral”. Segundo o autor Rafael Couto:

“o dano moral compreende tudo aquilo que atinge o indivíduo em seu íntimo, em seus aspectos psicológicos, o ofendendo, fragilizando-o mentalmente, o sensibilizando, etc. O dano moral age essencialmente na “psique” da vítima”
- **Terceiro**, quem sofreu o dano no qual se qualifica a responsabilidade civil.

Durante o período e de análise das apólices é recomendável a realizações de pesquisas com advogados e com o corretor de seguros sobre os tipos de indenização que têm sido pagas por danos materiais, corporais e morais, em demais situações às quais o cliente esteja exposto.

O reembolso de indenizações garantido pelo RC tem a opção de ressarcimento de custas judiciais e de honorários advocatícios. Ambas as garantias são limitadas ao valor da apólice.

Embora os seguros de RCs sejam ramos isolados, vários outros seguros oferecem essa cobertura de forma adicional. Isto acontece porque a responsabilidade civil está presente em toda a atividade humana, por isso, o seguro de RC tem extensas coberturas como de: automóvel; residência; prestadores de serviços; profissionais autônomos, como médicos, dentistas, advogados, arquitetos, engenheiros, contadores, entre outros.

Os riscos de responsabilidade civil são amparados em quatro ramos de seguros distintos de seguros:

1. Responsabilidade Civil Profissional (E&O).
2. Responsabilidade Civil de Diretores e Administradores (D&O).
3. Responsabilidade Civil Riscos Ambientais.
4. Responsabilidade Civil Geral (RCG).

4.5.1 RESPONSABILIDADE CIVIL PROFISSIONAL (E&O)

Os seguros E&O (Erros e Omissões), também conhecidos como RC Profissional, que cobrem prejuízos causados a terceiros por falhas, imperícia e negligência cometidas no exercício da profissão. É o tipo de seguro utilizado por médicos, cirurgiões-dentistas, engenheiros, corretores, tabeliões etc.

As apólices do seguro de RC profissional são individualizadas, com cláusulas completamente diferentes por cobrirem riscos diferentes. Existem seguros personalizados de RC Profissional para cada área de atividade profissional com apólices específicas. O corretor de seguros pode auxiliar nessa escolha e na definição de apólice que seja mais adequada. A sua exposição aos prováveis riscos é analisada e identificada, com apresentação de coberturas apropriadas a eventuais indenizações.

Cada contrato é estruturado de forma personalizada, de acordo com o tipo e os limites apropriados de seguros contra erros e omissões e contra decisões de executivos, na pessoa física, que venham a ser questionadas na Justiça.

Há algumas associações de classe, conselhos profissionais e sindicatos se organizam para oferecer uma apólice coletiva para seus associados, como alternativa de redução de custo do seguro e ampliação de coberturas, no caso de serem processados por eventual dano causado no exercício da profissão.

Vamos entrar em detalhes de três grupos profissionais:

1. Construção Civil

Há muito interesse de proteção nessa área, porque para cada obra, projeto ou serviço executado é obrigatória a emissão de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) perante o CREA. Esse documento é sempre emitido em nome do profissional (pessoa física), a serviço de alguma empresa ou não.

Por isso é tão importante o seguro para àqueles que executam obras, projetos e serviços em seu próprio nome. Que protege além dos profissionais, que são os responsáveis técnicos por empresas do setor, protege judicial e financeiramente de problemas causados por falhas na execução desses trabalhos.

O interesse nessa proteção procede, porque para cada obra, projeto ou serviço executado, é obrigatória a emissão de ART (Anotação de Responsabilidade Técnica) perante o CREA. Esse documento é sempre emitido em nome do profissional (pessoa física), a serviço de alguma empresa ou não.

Quando está a serviço de alguma empresa, o responsável técnico pode ser acionado na Justiça, em caso de alguma reclamação por dano causado. Trata-se de uma responsabilidade subsidiária à da empresa. São inúmeras as ações judiciais contra o responsável técnico da empresa, em toda ou em parte da condenação.

Principais riscos excluídos profissionais das áreas de engenharia, arquitetura e geologia, são:

- Condenações judiciais, de caráter punitivo ou exemplar, por danos causados a terceiros;
- Reclamações decorrentes, direta ou indiretamente, de falência, insolvência ou inadimplência;
- Responsabilidades de outros profissionais ou empresas que se associem ao segurado;
- Injúria, difamação ou calúnia (danos morais podem ter cobertura adicional);
- Reclamações baseadas na infração de direitos autorais, títulos, slogans, patentes, marcas registradas, segredos comerciais ou industriais;
- Reclamações de funcionários;
- Lucros cessantes não cobertos pela apólice;
- Despesas com revisão total ou parcial dos serviços;
- Erro de avaliação de ativos financeiros;
- Extravio, furto ou roubo;
- Acidentes causados pela ação contínua de temperatura, umidade, infiltração, vibração, poluição, contaminação e vazamento;
- Danos a bens móveis e imóveis em poder do segurado, para guarda ou custódia, transporte, uso ou execução dos trabalhos;
- Projetos proibidos por leis ou regulamentos, ou que empregam técnicas e materiais experimentais;
- Atraso de cronogramas físicos ou financeiros;
- Danos decorrentes do uso de equipamentos defeituosos;
- Obras, instalações e montagens em plataformas de petróleo (existem coberturas específicas para esse risco); e
- Desrespeito ao mapeamento da região.

2. Saúde

Cada vez mais pacientes e seus familiares têm processado cada vez mais médicos, dentistas e outros profissionais da saúde, responsabilizando-os por agravamento e complicações de seu estado de saúde. Segundo o Conselho Federal de Medicina (CFM), os processos mais comuns contra os médicos são: acusações de erros, negligência, assédio e propaganda enganosa.

A responsabilidade civil do médico é apurada com base na comprovação para o exercício legal da profissão, no dano reclamado e no ato médico. É preciso também demonstrar a existência da relação de causa e efeito entre o ato médico e os danos alegados, além da culpa do médico, caracterizada por imprudência, negligência ou imperícia.

Em qualquer caso, o prejudicado tem que apresentar provas, que são investigadas mediante depoimento pessoal do médico, confissão, depoimento de testemunha, documentos e perícia.

Principais riscos excluídos profissionais da área de saúde são:

- Uso de técnicas experimentais ou testes com medicamentos ainda não aprovados pelos órgãos competentes;
- Danos decorrentes de uso incorreto de equipamentos ou de equipamentos defeituosos e de medicamentos com data de validade vencida;
- Reclamações ou fatos conhecidos pelo segurado antes da data do início da validade do seguro;
- Danos estéticos;
- Danos causados por recusa de atendimento a pacientes ou acidentados em situações de emergência;
- Danos devidos à contaminação provocada por transfusão de sangue, quando não forem tomados todos os cuidados exigidos;
- Reclamações fundamentadas em danos genéticos;
- Procedimentos cirúrgicos para redesignação sexual/gênero.

Obs.: Um hospital, clínica, entre outras empresas do ramo podem contratar seguros de RC multiriscos na PJ é que incluam cobertura para os profissionais que trabalhem nesses estabelecimentos.

3. Advogados

Recorrem ao seguro de RC individual para se protegerem de eventuais prejuízos reclamados por seus clientes, devido à perda de prazo para contestar ou apelar ou de não comparecimento a audiências para instruir os processos.

Falhas como essas, entre outras que causam perdas irreversíveis, têm provocado ações judiciais dos clientes contra seus advogados, para restituição dos valores econômicos envolvidos nos processos.

Entre os advogados tem aumentado a procura pela proteção do seguro de RC específico para se protegerem de eventuais erros no exercício de sua profissão. Os escritórios de advocacia também se utilizam bastante dessa proteção, ainda que na condição de empresa.

Principais motivos exclusão de riscos no seguro de Erros e Omissões (E&O):

- Erros por dolo, ou seja, com intenção de prejudicar;
- Fraude ou má-fé;
- Descumprimento do código de conduta da atividade profissional;
- Multas geradas pelos erros ou omissões e também as de qualquer natureza;
- Reclamações apresentadas fora do prazo previsto no seguro; feitas pelo cônjuge, ascendentes, descendentes ou pessoas economicamente dependentes do segurado, além de funcionários;
- Erros ou omissões cometidos no exterior ou submetidos à legislação estrangeira;
- Reconhecimento da responsabilidade ou acordos com a parte prejudicada, sem a concordância da seguradora;
- Reclamações decorrentes de assédio sexual;
- Quebra de sigilo profissional;
- Reclamações relacionadas a qualquer tipo de discriminação, como racial, gênero ou orientação sexual.

4.5.2 RESPONSABILIDADE CIVIL DE DIRETORES E ADMINISTRADORES (D&O - DIRECTORS AND OFFICERS LIABILITY INSURANCE)

É um seguro contratado pelos conglomerados em nome de seus executivos de cargos de alta gerência (Diretores, conselheiros, gerentes, administradores, enfim, executivos de grupos empresariais) para proteger seus patrimônios pessoais, quando são responsabilizados por danos ou decisões consideradas lesivas aos acionistas, desde que não haja caracterização de má-fé. Para ser mais preciso, o ato irregular de gestão é aquele no qual estejam presentes a culpa ou o dolo do administrador, além das violações da lei e/ou do estatuto.

Compliance, governança corporativa, pacotes de benefícios oferecidos a executivos, entre outras variadas razões, vêm impulsionando uma penetração cada vez maior deste contrato de seguro no País. Porque como o seguro de D&O protege os executivos e a empresa de eventuais ações judiciais de reparação financeira de supostos danos, causados por tomada de decisão ou por omissão no desempenho do cargo. O seguro evita que o executivo, na responsabilidade solitária, responda pelos prejuízos usando patrimônio pessoal.

A maioria das indenizações pagas atualmente no Brasil é relativa a questões tributárias ou fiscais ou ao descumprimento, pelo administrador da empresa, de normas editadas pela Comissão de Valores Mobiliários (CVM), responsável pela regulamentação do mercado de capitais e pela fiscalização de empresas de capital aberto com ações negociadas em bolsa de valores.

Dos principais riscos cobertos, entre outros mais específicos, destacam-se:

- Garantia de penhora on-line e indisponibilidade de bens dos executivos;
- Pagamento integral (principal, juros e multas) de condenação por dívidas trabalhistas, tributárias e previdenciárias;
- Regulação local e especializada de sinistros;
- Atividade de contadores e advogados internos;
- Despesas de defesa na Justiça, incluindo depósitos para recursos, fianças criminais, custos de extradição, custos com peritos e gastos emergenciais;
- Exigências regulatórias, inquéritos, processos administrativos e investigações;

- Multas e penalidades civis;
- Danos morais e corporais.

No mercado brasileiro, o pedido de indenização por dano causado ao consumidor ou ao acionista, ainda não ocorre com tanta frequência como no exterior.

Principais exclusões de riscos no seguro de D&O:

- Prejuízos financeiros e custos de defesa judicial, quando a reclamação contra o segurado for causada por enriquecimento ilícito pelo uso de informações privilegiadas, por consentimento de atos ilícitos ou dolosos e por ato ou omissão criminal;
- Despesas de limpeza e despoluição ambiental;
- Danos causados por descumprimento de obrigações impostas pelo estatuto ou código de conduta da empresa, ou a leis, durante o exercício do cargo executivo com poder de decisão;
- Prejuízos causados por desrespeito às obrigações e deveres impostos por lei ou norma, relativos a investimentos e administração de planos de previdência privada complementar, planos de pensão, programas de participação nos lucros e de benefícios para os empregados;
- Práticas trabalhistas indevidas, reclamadas pela empresa;
- Reclamações feitas por executivos que tenham se afastado da função ou da empresa;
- Prejuízos decorrentes de atos dos executivos segurados praticados em data anterior à aquisição do controle ou posterior à transferência do controle de uma coligada, subsidiária ou controlada.

4.5.3 RESPONSABILIDADE CIVIL GERAL (RCG)

Responsabilidade Civil Geral (RCG) tem por finalidade reembolsar o segurado por responsabilidades civis pelas quais possa ser condenado, por danos materiais, corporais e morais e por custos e despesas causados a terceiros quando decorrentes de riscos contratados na apólice (contrato do seguro).

Este seguro tem uma cobertura ampla e visa proteger grandes empresas, executivos e profissionais liberais.

Como é muito específico esse seguro e possui muitas cláusulas específicas, vejamos exemplos de exclusões nas apólices de RC geral:

- Danos causados pelo segurado a seus ascendentes, descendentes, cônjuge, irmãos, parentes ou pessoas que morem com ele ou tenham algum vínculo econômico;
- Danos causados por culpa grave do segurado;
- Danos causados a empregados ou a pessoas que estão à seu serviço;
- Danos decorrentes de operação de carga e descarga;
- Atividades profissionais – esta cobertura é contratada no RC profissional. Na modalidade familiar, abrangida pelo RC geral, estão protegidas apenas as atividades profissionais dos empregados domésticos;
- Propriedade, uso ou condução de veículos de qualquer natureza sejam terrestres, aéreos ou aquáticos, pois essas coberturas são contratadas separadamente em outra apólice;
- Obra de ampliação, demolição e manutenção extraordinária do imóvel segurado;

- Poluição, contaminação ou vazamento, a não ser em acidentes causados por fato imprevisto e não intencional durante o período de validade da apólice de RC familiar;
- Utilização do imóvel para fins que não sejam residenciais, ainda que as atividades exercidas estejam devidamente registradas e legalizadas, inclusive as de profissionais autônomos;
- Danos premeditados ou preexistentes;
- Casos fortuitos ou de força maior;
- Danos a bens ou animais que se encontrem sob a responsabilidade ou custódia do segurado;
- Danos originados pela infração ou pelo não cumprimento deliberado das leis;
- Danos materiais causados a outras pessoas, devido a acidentes provocados por fenômenos da natureza, como granizo, tromba d'água, alagamento e inundação (existem coberturas específicas para esses tipos de danos);
- Danos decorrentes de dolo, dolo eventual, culpa grave, atos de insanidade mental, alcoolismo e uso de substâncias tóxicas ou alucinógenas pelos integrantes da família segurada;
- Danos morais;
- Quaisquer acordos, judiciais ou não, que não sejam previamente aprovados pela seguradora.

Os seguros de Responsabilidade Civil são obrigatórios em casos como:

- **DPVAT** – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre
- **DEPEM** – Danos Pessoais Causados por Embarcações ou suas Cargas
- **RETA** – Responsabilidade do Explorador e Transportador Aéreo
- **RC-TRC** – Transportador Rodoviário – Carga

Nacionalmente, os proprietários de todos os meios de transporte terrestre, marítimo e aéreo, movidos a motor, são obrigados a contratar o seguro de responsabilidade civil.

Cálculo do Prêmio:

valor estimado das perdas judiciais x probabilidade do sinistro

Como solicitar: decisão desfavorável do juiz e prova de que não houve dolo.

É comum para empresas, mas pode ser feito também para pessoas físicas, indicado para pessoas ricas, profissionais liberais como médicos e dentistas, que podem ser alvo de interesses financeiros em situações que normalmente não gerariam indenizações civis.

SEGURO RESPONSABILIDADE CIVIL – CASO

Adamastor foi promovido a diretor de um grande banco, mas depois de **2 anos de emprego descobriu que seu departamento foi alvo de uma grande operação de lavagem de dinheiro num caso de corrupção**. Por sorte o banco tinha um seguro de responsabilidade civil aos administradores.

Como **Adamastor era o responsável legal, certamente será processado, mas as custas sairão por conta da seguradora**, assim como eventuais indenizações desde que não fique comprovado que Adamastor não teve envolvimento na lavagem de dinheiro. Pode cobrir inclusive indenização caso Adamastor fique impedido de exercer suas funções pelo BACEN, por exemplo.

Mesmo sem o seguro do banco, Adamastor poderia ter feito um seguro de responsabilidade civil pessoal e pago o prêmio. Ele teria a mesma proteção.

Repare que o seguro de responsabilidade civil cobre problemas **sem dolo**. Ou seja, se Adamastor ou o banco facilitaram a lavagem de dinheiro, a indenização não seria, e eles teriam que pagar individualmente as indenizações e ainda terão que devolver as despesas do advogado.

Exercício de Fixação

José, empregado da empresa Estudo S.A., teve uma perda total de seu veículo por causa da queda de um muro no estacionamento interno da empresa. A situação se agravou por atacadado verbais realizados pelo seu chefe. Chateado por toda a situação ocorrida José pediu afastamento da empresa e procurou um advogado para processar a empresa por danos morais e patrimonial. Passados cinco anos, processo foi encerrado cabendo a Estudo S.A. indenizá-lo em 50 mil por danos morais, 48.5 mil por danos materiais (valor da tabela FIPE do carro) e custos judiciais ficaram 30 mil. A empresa tinha seguro de responsabilidade civil no valor de 120 mil na época, mas cancelou apólice um ano depois. Qual será o valor dispendido pela empresa Estudo S.A.:

a)	Nenhum, pois a Estudo S.A. tem o seguro de responsabilidade Civil contratado, então cabe a Seguradora realizar todos os pagamentos.
b)	R\$ 128.500,00 uma vez que passados 5 anos a apólice já havia vencido.
c)	R\$ 98.500,00 referentes aos danos morais e materiais, mas excluindo os custos judiciais.
d)	Caso o contrato de responsabilidade civil inclua custas judiciais, o valor seria então R\$ 8.500,00, uma vez que o valor limite foi de 120 mil.

Letra A) É incorreta. Como o dano aconteceu durante o período de vigência do contrato a empresa tem direito sim de solicitar a indenização a seguradora.

Letra B) É incorreta, pois mesmo passado os 5 anos o dano aconteceu na vigência do seguro.

Letra C) Não é completamente errada, faz sentido a resposta, porém a letra D possui uma resposta mais completa. Porque de fato a inclusão de custas judiciais, por vezes, é colocada como uma cobertura adicional nos seguros RC.

Letra D) Correta. *Se foi contrata a cobertura adicional para Custas Judiciais então a indenização vai até o limite da apólice, nesse caso 120 mil e cabe a empresa complementar o restante que for necessário.*

4.6 SEGURO DE GARANTIAS

Garante indenização pelo não cumprimento de um contrato nas mais diferentes modalidades, como execução de obras e projetos, fornecimento de bens e equipamentos, inclusive em perfeito funcionamento (qualidade), prestação de serviços, concorrências e licitações.

Define-se como o seguro que visa garantir o fiel cumprimento das obrigações assumidas pelo tomador perante o segurado em contratos públicos e/ou privados, frequentemente usado em licitações.

Ao emitir a apólice, a seguradora se torna corresponsável pelo fiel cumprimento do contrato principal, o qual especifica as obrigações e direitos do segurado (dono da obra e beneficiário da apólice) e do tomador (responsável pela construção, pelo fornecimento de bens ou pela prestação de serviços).

No caso de inadimplência ou insolvência do tomador, **o seguro garantirá a substituição da empresa contratada por outra ou o pagamento dos prejuízos ocorridos, até o valor da importância segurada pela apólice.** Dessa forma, a conclusão do projeto está garantida, porque a cobertura é contratada até a assinatura do termo de entrega por parte do comprador.

O arcabouço jurídico deste tipo de seguro foi fixado na Circular Susep n.º 477 30 de setembro de 2013. O seguro garantia cumpre os requisitos da Lei das Licitações e Contratos n.º 8.666, de 1993, atualizada pela Lei n.º 8.883, de 1994. É também instrumento para as exigências da Lei das Concessões e Permissões de Serviços e Obras Públicas (Lei n.º 8.987, de 1995).

A legislação exige das empresas depósito de caução em dinheiro ou títulos da dívida pública ou fiança bancária, ou seguro garantia para participarem de concorrências / licitações públicas. O seguro qualifica a capacidade das empresas de manterem suas ofertas e de cumprirem os contratos, quando vencedoras da disputa. Nos contratos entre empresas privadas, o seguro garantia indeniza o descumprimento contratual por parte de empreiteiros de obras, fornecedores de materiais e bens, prestadores de serviços, etc.

Estrutura do seguro garantia:



Disponível em: <https://www.tudosobreseguros.org.br/informacoes-basicas-3/>

- **Tomador (contratado)** - é a pessoa jurídica e/ ou física (raro) que assume com o segurado a responsabilidade de construir, fornecer bens ou prestar serviços por meio de um contrato principal que define as obrigações a serem cumpridas. Ele é cliente e parceiro da seguradora, que garantirá os seus serviços. Nesse contexto o tomador é o risco e o interessado em cumprir o contrato, e quem paga o prêmio da apólice, posto que ele é responsável pelas obrigações contratadas;
- **Segurado (contratante)** é a pessoa jurídica ou física quem contratou os serviços. Ele é o beneficiário da apólice.
- **Seguradora** é a garantidora do cumprimento das obrigações do tomador, contratadas pelo segurado, ou das obrigações decorrentes de discussões judiciais e administrativas.

4.6.1 SEGURO DE GARANTIA CONTRATUAL

SEGURO GARANTIA DO LICITANTE (CONTRATANTE)

Nos casos de concorrência pública ou privada, este seguro cobre o risco contra a recusa do vencedor (tomador) de uma concorrência em assinar o contrato principal de execução, nas condições propostas e dentro do prazo estabelecido no edital ou carta-convite.

No caso do vencedor não assinar o contrato, essa modalidade protege o licitante (segurado) dos custos da anulação da concorrência ou chamada do segundo colocado. O segurado tem garantia de indenização até o valor fixado na apólice.

SEGURO GARANTIA DO EXECUTANTE CONSTRUTOR, EXECUTANTE FORNECEDOR E EXECUTANTE PRESTADOR DE SERVIÇOS

Garante ao segurado a indenização de prejuízos decorrentes do descumprimento das obrigações assumidas pelo tomador perante o segurado em contratos de construção, de fornecimento de bens ou de prestação de serviços, até o valor determinado na apólice.

SEGURO GARANTIA DE RETENÇÃO DE PAGAMENTOS

Garante indenização, até o valor da garantia fixado na apólice, dos prejuízos causados por descumprimento das obrigações assumidas pelo tomador(contratado). A cobertura é aplicada nos contratos que preveem retenção de parte do pagamento a ser feito, como garantia até a conclusão do trabalho. Essa modalidade de cobertura substitui a caução exigida, liberando o pagamento integral.

SEGURO GARANTIA NO ADIANTAMENTO DE PAGAMENTOS

Indeniza o segurado, até o valor definido na apólice, dos adiantamentos concedidos ao tomador quando não há a realização imediata da etapa prevista no contrato de construção, fornecimento de bens ou prestação de serviços.

SEGURO GARANTIA DE PERFEITO FUNCIONAMENTO

Indeniza o segurado, até o valor fixado na apólice, pelos prejuízos causados por alteração na qualidade ou especificações da construção, do bem ou serviço contratado.

SEGURO GARANTIA IMOBILIÁRIO

Conhecido também por “seguro garantia de conclusão de obra” ou “seguro garantia para licenciamento das construções de prédios residenciais e comerciais”. Garante a conclusão e entrega das obras de edifícios nas condições determinadas no memorial de incorporação, especialmente quando as unidades são vendidas na planta. **O segurado é o comprador do imóvel, e o tomador, o incorporador***. A indenização dos prejuízos, sob a responsabilidade da seguradora, poderá ser feita por meio da conclusão e entrega das obras de edifícios nas condições determinadas no memorial de incorporação. A seguradora pode, também, optar pelo ressarcimento ao segurado dos valores pagos ao incorporador imobiliário (tomador). As quantias devolvidas são corrigidas até a data da paralisação das obras, de acordo com a legislação em vigor. A cobertura desse seguro garante, ainda, o ressarcimento dos prejuízos repassados aos segurados e que tenham sido causados pelo acréscimo no custo de construção da obra projetada, seja ele fixo ou reajustável (no caso de regime de empreitada), ou integral (no regime de administração).

**O incorporador não é necessariamente aquele que realiza a construção ou vende o terreno, mas quem faz a intermediação, busca interessados, aceita propostas, coordena ações e grupos, responsabilizando-se pelo êxito do empreendimento.*

RISCOS EXCLUÍDOS NAS COBERTURAS DO SEGURO GARANTIA

A não ser que esteja previsto o contrário nas condições especiais do contrato do seguro garantia. Os riscos abaixo são excluídos nas coberturas do seguro garantia:

- Casos fortuitos ou de força maior, nos termos do Código Civil Brasileiro;
- Descumprimento das obrigações do tomador (empresa contratada) decorrente de atos ou fatos de responsabilidade do segurado;
- Alterações das obrigações contratuais garantidas pelo seguro, que tenham sido acordadas entre segurado (contratante) e tomador, mas sem concordância prévia da seguradora;
- Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.
- Casos em que o segurado agrave intencionalmente o risco.

4.6.2 SEGURO DE GARANTIA JUDICIAL

Garante o pagamento de valor correspondente aos depósitos em juízo que o potencial devedor (tomador) precisar fazer durante o trâmite do processo judicial.

As apólices garantem o pagamento de valor correspondente aos depósitos em juízo que o potencial devedor (tomador) precisar fazer durante o andamento do processo judicial. As empresas utilizam essas coberturas para eventuais depósitos que o tomador precisar fazer, em especial execuções cíveis ou fiscais, medidas cautelares, mandados de segurança e depósitos recursais, entre outros.

Embora exista amparo legal para sua utilização, a decisão para que essa garantia seja aceita depende da concordância do juiz. O segurado é o potencial credor de uma obrigação pecuniária “sub judice” ou fiscal em cobrança judicial. Já o tomador é o potencial devedor que deve apresentar garantia submetida à decisão do Poder Judiciário ou no processo de execução fiscal.

A cobertura da apólice independe de trânsito em julgado, podendo a seguradora ser intimada para efetuar, em juízo, o depósito do valor segurado nas hipóteses em que não sejam atribuídos os efeitos suspensivos aos embargos à execução ou à apelação do tomador-executado.

4.6.3 SEGURO DE GARANTIA LOCATÍCIA

Esse seguro é destinado à garantia dos prejuízos sofridos pelo locador em função de inadimplência do locatário. Pode substituir, assim, o fiador e garante ao proprietário de imóvel urbano (locador) o recebimento dos aluguéis e encargos vencidos e não pagos pelo inquilino.

O seguro de fiança locatícia é regulado por normas específicas, principalmente pela Lei do Inquilinato que define e limita as garantias de locação. As regras gerais desse seguro foram estabelecidas pela Resolução nº 202, de 2008, do Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP). Entre as principais características está a proibição de um mesmo contrato de locação ter mais de um seguro desse tipo. Também determina que o prazo de vigência das garantias do seguro seja o mesmo do

contrato de locação. Quem paga este seguro é o inquilino, seja pessoa física ou jurídica.

A cobertura básica é a de falta de pagamento de aluguéis, sendo de contratação obrigatória e garantindo ainda multas de mora (limitadas a um percentual do valor do aluguel), custas judiciais e honorários de advogado.

As coberturas opcionais podem ser contratadas, e são relacionadas nas condições específicas do contrato de seguro. Entre as principais coberturas adicionais, com possibilidade de contratação item a item, estão:

- Condomínio;
- IPTU;
- Água;
- Gás canalizado;
- Luz, danos materiais causados ao imóvel;
- Pintura interna e externa;
- Multa por rescisão contratual;
- Serviços emergenciais, como chaveiro e mão de obra para conserto de eletrodomésticos, entre outros.

Seguro de garantia locatícia, não é um seguro do Imóvel, e sim dos recebíveis da locação do imóvel.

Riscos que o seguro de fiança locatícia, usualmente, não garante na cobertura básica são:

- Aluguéis ou encargos rejeitados pelo locatário por estarem em desacordo com o contrato e/ou com a lei;
- Aluguel de habitações coletivas (onde se permite aluguel de cômodos individualmente);
- Deteriorações do imóvel pelo uso normal e desvalorização por qualquer motivo;
- Retenção do imóvel pelo inquilino para execução de benfeitorias;
- Aluguel de vagas de estacionamento, espaços para publicidade; aluguel por temporada;
- Taxas e despesas de administração imobiliária ou intermediação, salvo se constar na apólice e no contrato de locação;
- Despesas extraordinárias de condomínio;
- Locação para sócio, acionista ou parentes dos proprietários da imobiliária e do proprietário do imóvel;
- Aluguel decorrente de relação de emprego;
- Sublocação, mesmo com consentimento do proprietário do imóvel;
- Cessão ou empréstimo do imóvel alugado, total ou parcialmente, mesmo com a concordância do proprietário;
- Quaisquer danos decorrentes do uso normal do imóvel, bem como sua desvalorização;
- Multas contratuais, a não ser que tenha sido contratada cobertura específica;
- Alterações no contrato de locação, feitas sem autorização da seguradora e que podem aumentar o prejuízo;

- Atos de autoridades públicas, de hostilidade ou guerra, operações bélicas, revolução, rebelião, confisco, tumultos, motins e greves.

Riscos não são aceitos:

- Desmoronamento, inundação e tremor de terra;
- Despesas com restauração artística, de decoração, de pinturas etc.;
- Lucros cessantes ou outros prejuízos indiretos, ainda que resultantes de um dos riscos cobertos;
- Indenização a terceiros por perdas ou danos em consequência de um dos riscos cobertos;
- Danos morais;
- Danos físicos em imóveis tombados pelo patrimônio histórico, inclusive a pintura.

4.7 SEGURO RURAL

Cobertura: cobre situações desfavoráveis ao produtor rural ligado a clima e praga não previsíveis. Esse tipo de seguro tem uma função social e econômica bem forte, podendo ser utilizado para promover o agronegócio. Se utilizando, portanto, de uma combinação dos diversos ramos do seguro, com objetivo de diluir o risco entre as partes interessadas (produtor, exportador, importador, governo, bancos, etc.), e ainda proteger: a produção; o produtor e sua família; a geração de garantias aos financiadores, investidores; etc.

Modalidades do seguro rural:

- **Seguro Agrícola:** cobre as explorações agrícolas contra perdas decorrentes principalmente de fenômenos meteorológicos. Cobre basicamente a vida da planta, desde sua emergência até a colheita, contra a maioria dos riscos de origem externa, tais como, incêndio e raio, tromba d'água, ventos fortes, granizo, geada, chuvas excessivas, seca e variação excessiva de temperatura.
- **Seguro Pecuário:** Tem por objetivo cobrir os danos diretos ou indiretos ao animal destinado ao consumo e/ou produção, englobando as fases de cria, recria e engorda, bem como aos animais de trabalho destinados a sela, trabalho por tração e transporte no manejo da fazenda.
 - Os animais destinados à atividade reprodutiva cuja finalidade seja, exclusivamente, o incremento e/ou melhoria de plantéis daqueles animais mencionados no caput deste artigo, estão também enquadrados na modalidade de seguro pecuário.
- **Seguro Aquícola:** Este seguro garante indenização por morte e/ou outros riscos inerentes à animais aquáticos (peixes, crustáceos ...) em consequência de acidentes e doenças.
- **Seguro de Florestas:** Este seguro tem o objetivo de garantir pagamento de indenização pelos prejuízos causados nas florestas seguradas, normalmente utilizadas para prática de extrativismo florestal. As florestas devem ser identificadas e caracterizadas em detalhes na apólice, também deve citar quais serão os riscos cobertos.
- **Seguro de Vida:** Este seguro é destinado ao produtor rural, devedor de crédito rural, e terá sua vigência limitada ao período de financiamento, sendo que o beneficiário será o agente financiador.
- **Seguro de Cédula do Produto Rural - CPR:** O seguro de CPR tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento de indenização, na hipótese de comprovada falta de cumprimento,

por parte do tomador, de obrigações estabelecidas na CPR.

- **Seguro de Benfeitorias e Produtos Agropecuários:** Este seguro tem por objetivo cobrir perdas e/ou danos causados aos bens, diretamente relacionados às atividades agrícola, pecuária, aquícola ou florestal, **que NÃO tenham sido oferecidos em garantia de operações de crédito rural.**
- **Seguro de Penhor Rural:** O Seguro de Penhor Rural tem por objetivo cobrir perdas e/ou danos causados aos bens, diretamente relacionados às atividades agrícola, pecuária, aquícola ou florestal, **que tenham sido oferecidos em garantia de operações de crédito rural.**
 - Penhor é basicamente uma fiança, garante o pagamento da dívida “hipotecada” caso não existam condições financeiras do agricultor pagar (pelos motivos de clima, praga ou queda do preço). Também chamado de Warrant.

Modalidades de Seguro	Grupos de atividades	Tipo de cobertura	Nível de cobertura	Subvenção (%)	Limites anuais (R\$)
Agrícola	Grãos	Multirrisco	60% - 65%	45%	R\$ 72 mil
			70% - 75%	40%	
			> 80%	35%	
	Riscos Nomeados	35%			
	Frutas, Olerícolas, Café e Cana-de-açúcar	---	---	45%	
Florestas	Silvicultura (Florestas plantadas)				R\$ 24 mil
Pecuário	Aves, bovinos, bubalinos, caprinos, equinos, ovinos e suínos	---	---	45%	R\$ 24 mil
Aquícola	Carcinicultura, maricultura e piscicultura				R\$ 24 mil
VALOR MÁXIMO SUBVENCIONÁVEL (CPF/ano)					R\$ 144 mil

Cálculo do prêmio: valor da safra, ou do animal, ou da indenização pelos danos florestais X probabilidade do sinistro.

No caso da **Warrant***, a probabilidade do sinistro levará em conta a volatilidade das *comodities* em bolsas de mercadorias e futuros.

- ***Warrant** é um título de garantia emitido pelo vendedor de uma *commodity* que demonstra o crédito e o valor de mercadorias em depósito. Ou seja, assim como o próprio nome sugere (o significado de **Warrant** é garantia), esse título assegura ao comprador que o título está lastrado fisicamente em uma mercadoria de valor.

Como solicitar: realizar perícia, atestando que houve a fatalidade e não havia defesa possível ao agricultor.

4.8 OUTROS SEGUROS

LUCROS CESSANTES

Cobertura: falamos que lucros não são indenizáveis por não serem previsíveis, exceto se a atividade da empresa parar por algum motivo que não dependa dela, como um grave incêndio.

Esse seguro só cobre os lucros cessantes, se ficar comprovado que é temporário até a reconstrução ou ao término de uma negociação trabalhista e será reestabelecido no mesmo patamar de antes. Apesar de chamar lucros cessantes, é sobre o lucro bruto (receita – custo da matéria prima). Ou seja, irá pagar além do lucro líquido, as despesas fixas.

Pode cobrir custos de mudança (caso necessário e se for bom negócio para ambos). Também pode ter responsabilidade civil, ou seja, cobrir lucros cessantes derivados da atividade da empresa de clientes e fornecedores.

Cálculo do prêmio: valor do lucro bruto X probabilidade do sinistro.

Como solicitar: mediante perícia e apresentação de balanço.

SEGURO LUCROS CESSANTES – CASO

Adamastor, brasileiro empreendedor, não desiste nunca!

Montou uma pequena empresa e contratou um seguro de lucros cessantes. Trata-se de uma empresa prestadora de serviço onde todas as receitas são utilizadas para pagar despesas fixas com aluguel e funcionários e lucro. **Tudo vinha bem até que o governo municipal exigiu um novo alvará que leva 6 meses para ser obtido** e a empresa de Adamastor terá que parar e mudar de local pois a atividade foi proibida no bairro onde ele estava estabelecido.

Repare que dificilmente empresas pequenas tem balanço. Optantes pelo Simples, não são obrigadas a fazê-lo e é comum balanços não sejam bem feitos. Vale Lembrar, que só vai valer o que foi escriturado no último balancete trimestral e anual.

Mas, supondo que ele tenha balanço.

Seu lucro está assegurado:

- O pagamento dos seus funcionários está assegurado.
- O pagamento do seu aluguel está assegurado.
- Os custos da mudança e investimentos estão assegurados, se previstos em apólice, não é item básico.
- Se algum funcionário for PJ, não tem o pagamento assegurado, pois é fornecedor, ele teria que ter essa cláusula para assegurá-lo.

Entretanto, para receber tudo isso, o Adamastor terá que comprovar que consegue mudar de local e o novo local não poderá “custar mais caro” que o atual.

Repare que se a lei proibisse a atividade (por exemplo, era um bingo que passou a ser ilegal há cerca de 10 anos), não há lucros cessantes, a empresa faliu. Seguro de lucros cessantes não cobre falência.

Seguro Saúde

Atenção, inicialmente vamos analisar o seguro saúde ou plano de saúde.

Unimed, Golden Cross, Amil o plano administrado e oferecido pela sua empresa não são seguro saúde, são outras coisas como: cooperativas médicas ou planos de autogestão.

São regulados pela Agência Nacional de Saúde (ANS) e não pela SUSEP. Planos de saúde ou Seguro Saúde são Porto Seguro, Sul América, Bradesco Saúde, entre outros.

5 ASPECTOS TRIBUTÁRIOS DOS SEGUROS

5.1 IMPOSTO SOBRE OPERAÇÕES FINANCEIRAS (IOF)

Fator gerador: **pagamento de prêmio comercial ou ato do recebimento, total ou parcial, da indenização.**

A alíquota básica do IOF-Seguro é de 25% (vinte e cinco por cento). Porém, são efetivamente aplicadas as alíquotas reduzidas descritas no seguinte quadro:

Descrição	Alíquota
a) Resseguro.	0,00%
b) Seguro obrigatório vinculado a financiamento de imóvel habitacional, realizado por agente do Sistema Financeiro de Habitação (SFH).	0,00%
c) Seguro de crédito à exportação e de transporte internacional de mercadorias.	0,00%
d) Seguro contratado no Brasil, referente à cobertura de riscos relativos ao lançamento e à operação dos satélites Brasilsat I e II.	0,00%
e) Valor de prêmios destinados ao custeio dos planos de seguro de vida com cobertura por sobrevivência.	0,00%
f) Seguro aeronáutico e seguro de responsabilidade civil pagos por transportador aéreo, quando contratado por companhia aérea que tenha por objeto principal o transporte remunerado de passageiros ou de cargas.	0,00%
g) Seguro garantia.	0,00%
h) Seguro de vida e congêneres, de acidentes pessoais e do trabalho, incluídos os seguros obrigatórios de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres e por embarcações, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não e excluídas aquelas descritas na letra "f" acima.	0,38%
i) Seguros privados de assistência à saúde.	2,38%
j) Demais operações de seguro.	7,38%

Base Legal: Art. 22 do RIOF/2007

Registra-se que a alíquota 0% (zero por cento) mencionada na letra "f" aplica-se somente a seguro contratado por companhia aérea que tenha por objeto principal o transporte remunerado de passageiros ou de cargas.

5.2 IMPOSTO DE RENDA (IR)

Na maior parte das indenizações de seguros são isentos de IR, mas geralmente precisam constar na declaração de IR em “Rendimentos Isentos e Não tributáveis”.

Casos em que há a cobrança do IR são :

- Seguros de Vida Com Cobertura por sobrevivência;
- Seguro de Vida Resgatável.

Em ambos os casos o IR será cobrado na fonte segundo a tabela progressiva de Imposto de Renda, conforme a data do fato gerador.

- Planos de Previdência complementar, conforme já amplamente discutido no Capítulo 3, pode-se optar pelo IR. nos regimes progressivo ou regressivo.

Isenções

Rendimento recebidos a título de indenização, de beneficiários de seguro de vida em casos de pecúlio por invalidez ou morte são isentos de IR. Porém devem constar na Declaração de IR como “Rendimentos Isentos e Não Tributáveis”.

IMPACTOS NA DECLARAÇÃO DE IR

- **Resgates** seguem a Tabela Progressiva na data do fator gerador. Base de Cálculo são os rendimentos (Diferença positiva, entre o Valor Recebido e Valor Pago do Prêmio).
- **Pagamentos de Indenizações** são isentos de IR, porém precisam constar na Declaração de anual de Imposto de Renda no campo “Rendimentos Isentos e Não tributáveis”.
- **Pagamentos a títulos de Prêmios**, usualmente, podem ser abatidos na declaração de IR da pessoa física.

BIBLIOGRAFIA:

Rafael Couto <https://rafaghovatto.jusbrasil.com.br/artigos/325947447/os-elementos-necessarios-para-caracterizacao-da-responsabilidade-civil>

SUSEP <http://www.susep.gov.br/>

Tudo sobre Seguros <https://www.tudosobreseguros.org.br/>

Escola Nacional de Seguros <http://www.ens.edu.br/>





ifbonline.com.br
Email: ifbonline@ifb.net.br

4004-0435 - ramal 4505