



Que critérios adotar para escolher as coberturas necessárias?

Para adquirir um seguro de vida, você deve avaliar suas reais necessidades para não contratar coberturas complementares que não serão utilizadas. É um levantamento que gasta tempo, mexe com as emoções, porque ninguém, na verdade, gostaria de utilizar esse seguro. Mas é importante fazê-lo até para não subestimar as necessidades financeiras, suas ou dos seus dependentes, caso estes não possam mais contar com o seu apoio.

É bom lembrar que todas as coberturas possuem exclusões e condições específicas que você deve analisar com atenção.

Se o segurado for um profissional autônomo, por exemplo, pode ser importante contratar uma cobertura conhecida por Diária de Incapacidade Temporária (DIT), que garante o pagamento da diária contratada pelo período em que ele não puder trabalhar devido a afastamento por doença ou acidente coberto pelo seguro.

Quais são as coberturas do seguro de vida?

A principal delas, obrigatória, é a cobertura para morte, que pagará ao(s) beneficiário(s) o capital segurado (indenização) definido na apólice, no caso da morte do segurado (natural ou acidental). A estrutura do seguro de vida pode distinguir as coberturas entre básicas e adicionais, sendo que o seguro deve conter pelo menos uma das coberturas básicas (morte natural ou acidental).

No entanto, em vez de aprovar planos de seguros com coberturas básicas e adicionais, muitas seguradoras têm optado por oferecer planos de seguros independentes para cada cobertura. Dessa forma, é possível contratar um plano de seguro só para cobertura de morte (natural ou acidental), só para morte acidental, só para invalidez por acidente, só para invalidez funcional por doença, só para invalidez laborativa por doença, etc.

É muito importante que todas as situações que você quer que sejam indenizadas a seus beneficiários estejam claramente previstas no contrato que assinar com a seguradora.

As coberturas mais comuns são:

- Morte
- Morte por acidente
- 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.

Como são contratadas as coberturas?

As coberturas do seguro de vida podem ser contratadas juntas ou separadamente. Preste



atenção aos riscos excluídos e às condições específicas do contrato. Veja as várias coberturas disponíveis no mercado:

Morte

Garante o pagamento de uma indenização aos beneficiários na morte do segurado por causa natural ou acidental, exceto se for decorrente dos riscos excluídos definidos nas condições gerais da apólice.

Morte acidental (MA)

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

Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA)

O segurado recebe indenização em função da perda, redução ou incapacidade funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, observados os riscos excluídos.

Quando o segurado recebe alta, depois de ter terminado o tratamento, de terem sido esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para a sua recuperação e da constatação de invalidez permanente, a seguradora deve pagar a indenização de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

Se a invalidez por acidente for parcial, ou seja, quando ainda restar alguma função da parte do corpo ou do órgão lesado no acidente, a indenização por perda parcial é calculada por um percentual preestabelecido no plano de seguro. São percentuais determinados em uma tabela para cálculo de indenização, com variações de acordo com o grau de redução das funções do segurado.

Na falta de indicação exata do grau de redução da função de uma ou mais partes do corpo que foram atingidas e quando essa limitação funcional for classificada apenas como máxima, média, ou mínima, o cálculo da indenização usará os percentuais 75%, 50% e 25%, respectivamente.

Em casos não especificados no plano do seguro, o cálculo da indenização se baseia na diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

Veja aqui o modelo de tabela para cálculo de indenização de invalidez permanente por acidente da Superintendência de Seguros Privados (Susep), publicado na Circular nº 29/91.

Existem outros modelos de tabela adotados pelo mercado. Entretanto, é importante destacar que, independentemente da tabela adotada, ela deve constar das condições gerais do plano.



| Tabela para cálculo de indenização no caso de invalidez permanente por acidente | | |
|--|---|------------------------------|
| Invalidez permanente | Discriminação | % sobre importância segurada |
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| Parcial diversas | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Mudez incurável | 50 |
| | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| Parcial membros superiores | Perda total do uso de um dos membros superiores | 70 |
| | Perda total do uso de uma das mãos | 60 |
| | Fratura não consolidada de um dos úmeros | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares | 30 |
| | Anquiose total de um dos ombros | 25 |
| | Anquiose total de um dos cotovelos | 25 |
| | Anquiose total de um dos punhos | 20 |
| | Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano | 25 |
| | Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano | 18 |
| | Perda total do uso da falange distal do polegar | 9 |
| | Perda total do uso de um dos dedos indicadores | 15 |
| | Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios | 12 |
| | Perda total do uso de um dos dedos anulares | 9 |
| Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo | 9 | |
| Parcial membros inferiores | Perda total do uso de um dos membros inferiores | 70 |
| | Perda total do uso de um dos pés | 50 |
| | Fratura não consolidada de um fêmur | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros | 25 |
| | Fratura não consolidada da rótula | 20 |
| | Fratura não consolidada de um pé | 20 |
| | Anquiose total de um dos joelhos | 20 |
| | Anquiose total de um dos tornozelos | 20 |
| | Anquiose total de um quadril | 20 |
| | Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé | 25 |
| | Amputação do 1º (primeiro) dedo | 10 |
| | Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| | Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo | |
| | Encurtamento de um dos membros inferiores | |
| | de 5 (cinco) centímetros ou mais | 15 |
| | de 4 (quatro) centímetros | 10 |
| | de 3 (três) centímetros | 6 |
| Menos de 3 (três) centímetros: | s/indenização | |

Fonte: Susep

Obs: Esta tabela também é utilizada para determinar o valor da indenização pela cobertura de invalidez permanente de vítimas de acidentes provocados por veículos automotores, todas elas com direito ao DPVAT.



Invalidez permanente total por acidente (IPTA)

Garante o pagamento de indenização no caso de invalidez permanente e total do segurado, causada por acidente pessoal coberto.

A diferença entre esta cobertura e a anterior é que, neste caso, só ocorre indenização se a invalidez for total.

Invalidez permanente por acidente majorada (IPAM)

Algumas pessoas dependem fundamentalmente de uma parte de seu corpo para melhor desenvolver suas atividades. Como a Tabela de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevê percentuais para cálculo no caso de invalidez parcial, é comum que estas pessoas peçam uma "majoração", ou seja, um aumento nos percentuais de determinadas perdas.

Esta modalidade, por exemplo, atende à necessidade de um pianista que desejar receber 100% do capital segurado, e não apenas 60% como prevê a tabela da Susep, se ele perder a funcionalidade de uma das mãos.

Este tipo de seguro geralmente é contratado por artistas e esportistas, sendo negociado caso a caso. Quando se escuta que uma determinada artista ou esportista "fez seguro de suas pernas" para o caso de acidente, o que foi contratado foi um seguro de invalidez por acidente majorada.

Invalidez laborativa permanente total por doença (ILPD)

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.

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. A perda da existência independente é considerada na regulamentação como ocorrência de quadro clínico de incapacidade que inviabiliza, de forma irreversível, que o segurado exerça as atividades básicas com plenitude e autonomia.

As condições gerais e/ou especiais do contrato do seguro definem como deverá ser



comprovado esse quadro de invalidez funcional permanente total por doença. 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.

Diárias por incapacidade temporária (DIT)

A incapacidade é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

A cobertura de diárias por incapacidade tem início a partir do primeiro dia depois do período de franquia do seguro. As condições gerais e especiais do contrato determinam o limite máximo de diárias, por evento.

O período de franquia deverá ser de, no máximo, quinze dias, a contar da data do evento.

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

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 segurado pode escolher livremente os prestadores de serviço.

Todos os gastos precisam ser comprovados com nota fiscal, conforme os termos estabelecidos nas condições contratuais. É importante lembrar que o tratamento deve ser iniciado nos 30 primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal coberto pelo seguro.

Despesas durante o período de convalescença, depois da alta médica; gastos com acompanhantes; órteses de qualquer natureza; e próteses permanentes não contam com essa cobertura.

A única prótese que tem cobertura do seguro é para a perda de dentes naturais.

Diária por internação hospitalar (DIH)

Garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado. Essa cobertura tem franquia 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.

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". 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.



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.

Supondo que no momento da contratação do seguro o seu titular já era separado judicialmente ou de fato, o(a) companheiro(a) se equipara à qualificação de cônjuge.

O capital segurado do cônjuge, no entanto, não pode ser superior a 100% do valor de indenização do segurado principal. O critério para fixar essa quantia deve ser informado com clareza nas cláusulas suplementares ou nas condições especiais do plano.

Na hipótese de morte simultânea do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados (indenizações) referentes às coberturas de todos eles deverão ser pagos aos beneficiários que cada um indicou. Quando não houver ninguém indicado para receber a indenização, esta será paga aos herdeiros legais dos segurados.

Inclusão de filho(s)

Alguns seguros permitem a inclusão de filho(s). Neste caso, o(s) filho(s) do segurado principal pode(m) ser incluído(s), passando a ser considerado(s) segurado(s) dependente(s).

Os enteados e os menores, dependentes econômicos do segurado principal, se equiparam aos filhos.

O capital segurado do(s) filho(s) não pode ser superior a 100% do valor de indenização do segurado principal. O critério para fixar essa quantia deve ser informado com clareza nas cláusulas suplementares ou nas condições especiais do plano.

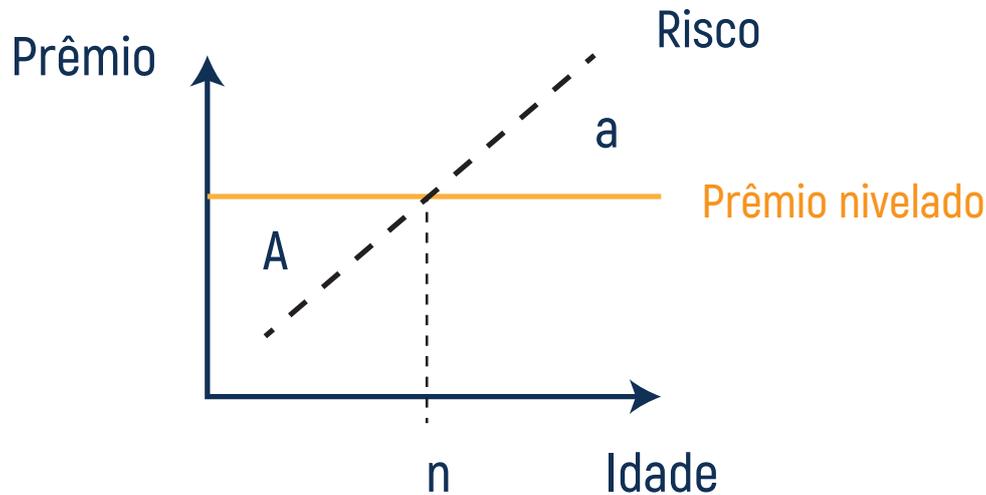
Vida inteira

Existe, ainda, a modalidade de seguro "vida inteira". Como o nome indica, o seguro tem vigência (validade) por toda a vida do segurado. Depois que a apólice é emitida, o seguro "vida inteira" não pode ser cancelado pela seguradora, a não ser por falta de pagamento ou fraude.

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 de tempo.

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 (área A da figura abaixo) real.

A diferença entre o que ele paga e o que deveria pagar fica retida na seguradora em nome do segurado e tem o nome de reserva matemática. Em outras palavras, o que "sobra" na área A da figura abaixo equivale à diferença entre o que o segurado paga e o risco que ele efetivamente representa. Essa diferença é usada a partir da idade n , quando ele 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. Daí esta modalidade se chamar seguro "resgatável".

Coberturas/Benefícios especiais

Existem ainda outras coberturas / benefícios, entre os quais se destacam:

Segunda opinião médica

Garante o envio de exames e diagnósticos do segurado para emissão de parecer de médicos com competência renomada, credenciados no plano de seguro.

Cesta básica

Garante a entrega periódica de uma cesta básica para o(s) beneficiário(s), no caso de falecimento do segurado. Durante o período estabelecido no contrato, geralmente de três a seis meses, os beneficiários receberão uma cesta básica de alimentos.

Em vez da cesta básica, existe a opção de receber um valor à vista, correspondente a todas as cestas básicas do período definido na apólice.

Qual a diferença entre auxílio funeral e assistência funeral?

Auxílio funeral



É uma cobertura do seguro de pessoas que garante o reembolso dos gastos referentes ao funeral, em caso de morte do segurado. É livre a escolha dos prestadores do serviço de funeral. As notas fiscais das despesas deverão ser apresentadas à seguradora para reembolso dos gastos. Conforme as condições contratuais, o reembolso poderá ser feito a determinada pessoa ou a quem assumiu o custo, até o limite do capital segurado estabelecido na apólice.

Assistência funeral

A assistência funeral é um serviço complementar ao contrato de seguro, sem direito a reembolso das despesas ao(s) beneficiário(s) nem à livre escolha para prestação dos serviços. Estes são executados por prestadores indicados pela seguradora.

Entre os serviços cobertos para o funeral previstos nas condições contratuais do plano, estão:

- pagamento das despesas com a cerimônia e o sepultamento;
- pagamento das taxas para emissão dos documentos necessários nessa ocasião; e
- traslado do corpo, quando o falecimento do segurado ocorrer em outra localidade que não a da sua residência.

Lembre-se que existe um valor estipulado para as despesas que a seguradora vai assumir com os serviços de funeral. Esse limite não pode ultrapassar a quantia do capital segurado. As despesas que excederem essa importância serão de responsabilidade da família do segurado falecido.

Leia com atenção as condições gerais para conhecer os valores contratados e, tendo dúvida, consulte o seu corretor ou procure a seguradora.

Qual é a abrangência geográfica das coberturas?

A área geográfica de alcance das coberturas deve constar nas condições gerais do plano do seguro de vida. É importante que o segurado tenha conhecimento dessa informação.

Quais são os riscos excluídos da indenização?

É importante conhecer as exclusões que existem no seguro de vida. Antes de assinar o contrato, o segurado deve lê-las com atenção. 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.

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.

A seguradora paga indenização em caso de suicídio?

O artigo 798 do Código Civil condicionou o pagamento da indenização para os casos de suicídio a um prazo de carência de dois anos. Dessa forma, caso o segurado cometa suicídio nos dois primeiros anos de vigência do seguro, não há cobertura.

O Código Civil encerrou a discussão se houve premeditação do suicídio ou de sua tentativa para negar a indenização do seguro, porque determinou o prazo de carência. Antes desse período não há cobertura.

Para efeito de indenização, o suicídio é equiparado a acidente pessoal. E os contratos do seguro de vida passaram a ter uma cláusula sobre essa possibilidade de garantia.

Fonte:

<http://www.tudosobreseguros.org.br/tss-individuo-vida-tipo-de-cobertura/>