



PROGRAMA
**EDUCAÇÃO
EM SEGUROS**

**A ATIVIDADE SEGURADORA:
FUNDAMENTOS, CONCEITO,
HISTÓRIA E OPERAÇÃO**

FUNDAMENTOS



P R O G R A M A
**EDUCAÇÃO
EM SEGUROS**

**A ATIVIDADE SEGURADORA:
FUNDAMENTOS, CONCEITO,
HISTÓRIA E OPERAÇÃO**

FUNDAMENTOS



Objetivos deste livreto

Este livreto foi elaborado pela Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização – CNseg com o objetivo de esclarecer questões básicas sobre o mercado segurador brasileiro. Aqui você encontrará informações relevantes para a compreensão deste setor, que desempenha papel fundamental na economia.

A CNseg acredita que é da maior importância disseminar a cultura do seguro. Para isso, entende que a melhor maneira é fortalecer a capacidade de decisão consciente do consumidor, informando e orientando por meio de uma linguagem explicativa e objetiva.

“Aprender é a única coisa de que a mente nunca se cansa, nunca tem medo e nunca se arrepende.”

Albert Schweitzer

Índice

6

Capítulo 1

OS FUNDAMENTOS E A NECESSIDADE DO SEGURO

Uma indústria que pode ser vista e entendida como fator nem sempre visível, mas presente e imprescindível à preservação do bem-estar coletivo.

8

Capítulo 2

A PREVENÇÃO DE RISCO FUTURO E O MUTUALISMO PREVIDENCIÁRIO

O funcionamento da participação solidária e sua relevância histórica.

10

Capítulo 3

UMA HISTÓRIA DE MUITOS SÉCULOS

A mutualidade chegou ao Brasil logo após o descobrimento e alinhou-se as mais antigas atividades econômicas do País.

12

Capítulo 4

A OPERAÇÃO DO MERCADO: AS SEGURADORAS

Saiba mais sobre o papel dessas empresas, que são especializadas em avaliar riscos e absorver perdas.

14

Capítulo 5

OS PRODUTOS: SEGUROS DE DANOS E DE PESSOAS

A evolução nos sistemas de previdência social no Brasil desde o seu surgimento.

24

Capítulo 6

OS PRODUTOS: SEGUROS DE SAÚDE

A importância do Seguro de Saúde e seu desenvolvimento até os dias de hoje.

32

Capítulo 7

OS PRODUTOS: CAPITALIZAÇÃO

A relevância da Capitalização para o desenvolvimento econômico e social.

Os fundamentos e a necessidade do seguro

Capítulo 1



A atividade seguradora tem sido, sempre e reiteradamente, recomendada como forma de solução moralmente justa para um dos mais angustiantes problemas do indivíduo ante as contingências da vida: a incerteza quanto ao futuro.

A atividade seguradora tem a missão de proteger agentes produtivos contra riscos de perdas patrimoniais e assegurar às famílias a proteção à vida e à saúde, bem como a reposição de bens, indenizações e benefícios em caso de infortúnio. O seguro está presente na vida de qualquer pessoa, mesmo quando não o percebemos. E, nesta condição, a indústria de seguros pode ser vista e entendida como fator presente e imprescindível à preservação do bem-estar coletivo, da tranquilidade, da paz social e do desenvolvimento econômico de qualquer país.

Daí por que a atividade seguradora – que compreende os segmentos de Seguros Gerais, Saúde Suplementar, Previdência Complementar Aberta e Capitalização – tem sido, sempre e reiteradamente, recomendada como forma de solução moralmente justa para um dos mais angustiantes problemas do indivíduo ante as contingências da vida: a incerteza quanto ao futuro. Seu fundamento é o mutualismo, que nasce da convergência e da prática de duas virtudes que qualificam as relações na comunidade humana: a boa-fé e a solidariedade.

A boa-fé manifesta-se formalmente como lastro de credibilidade à palavra do segurado, quando declara suas condições pessoais na contratação de uma apólice de seguro ou plano previdenciário, e à seguradora, ao prometer proteção, reposição de bens e rendas ou reparação de danos cobertos. E a solidariedade, que é o vínculo entre pessoas que decidem repartir entre si o preço da proteção à vida, ao patrimônio e às rendas, em face da imprevisibilidade do risco individual e do infortúnio.

É a partir desse momento, quando procede à partilha do risco entre muitos, democratizando a possibilidade de proteção, que o seguro cumpre relevante função social. Cada qual contribui com pouco, de acordo com suas possibilidades, para fazer face ao risco que é comum, e garantir-se do infortúnio, incerto e futuro, no momento em que ele se individualiza. Cria-se, então, com base nessa divisão solidária, um fundo social que é administrado pelas seguradoras, destinado ao enfrentamento do risco fortuito e das ameaças à vida, à saúde e ao patrimônio das famílias e instituições. O que reveste o trabalho das empresas de seguro de características muito especiais, marcadamente fundamentadas na ética, e o destaca positivamente no conjunto das atividades econômicas.



A prevenção de risco futuro e o mutualismo previdenciário

Capítulo 2

A ideia do seguro é muito simples: um grupo de pessoas, expostas à eventualidade de um mesmo tipo de risco (ameaça à vida, à saúde ou ao patrimônio), decide partilhar o custo de uma proteção comum. Isto é o mutualismo. Por ele, conforme já foi dito, cada pessoa contribui com pouco, de acordo com suas possibilidades, e cria-se, a partir dessa participação solidária, um fundo que é administrado pelas seguradoras, contrapondo-se ao risco de acidentes e às ameaças à vida, à incolumidade física, à saúde e ao patrimônio dos segurados.

Na medida em que o seguro existe como forma de prevenção de risco possível e incerto, tendo em vista as contingências da vida, entende-se que a atividade seguradora funda-se no tempo.

Um grupo de pessoas, expostas à eventualidade de um mesmo tipo de risco (ameaça à vida, à saúde ou ao patrimônio), decide partilhar o custo de uma proteção comum. Isto é o mutualismo.

É tipicamente temporal. E, o ato de precaver-se adquire, então, no seguro, a natureza de previdência ou prevenção contra a eventualidade de riscos de ocorrência aleatória ou o provimento de necessidade futura, que, no seguro de vida individual e na previdência, consistiriam no recebimento de capital ou de renda.

Nesse ato de prevenção acauteladora, reside o pressuposto comum e a semelhança fundamental entre a atividade seguradora e a da previdência. Tanto isto é verdade que, historicamente, as primeiras modalidades de seguros assumiram sempre e exatamente a forma de mutualismo previdenciário: cria-se um fundo atual e delega-se a administração da receita comum a um agente – a seguradora – cuja atividade consiste em assegurar a existência de renda aplicável no provimento das necessidades futuras ou na cobertura de sinistros, sejam estes relacionados à vida, à saúde, ao patrimônio e às rendas dos segurados.



Uma história de muitos séculos

Capítulo 3



Pode-se dizer que a prática da mutualidade – um dos fundamentos da atividade seguradora – é tão antiga quanto a civilização. Há registro da existência de modalidade rudimentar de contrato de seguro firmado entre condutores de caravanas da Mesopotâmia 2.250 anos antes da era Cristã, para proteção contra a perda de burros usados no transporte, quando esses caíam vítimas de feras ou de ladrões. O *foenus nauticus* – empréstimo marítimo a risco – era praticado entre gregos, fenícios e romanos, e uma célebre *Lex Rhodia de Jactu* regulava, no Império Romano, o seguro marítimo para cargas lançadas ao mar em situação de perigo.

Na Idade Média, organizou-se a proteção coletiva em termos de socorros mútuos, que compreendiam os montepios, confrarias, misericórdias e associações de artes e ofícios. Desde então, a Igreja Católica reconhece a importância do solidarismo que se articula em torno das formas de mutualidade. Os Papas – destaque para Leão X, no século 16 – referem-se à atividade seguradora (*lato sensu*) de proteção e assistência moralmente recomendáveis. Seu fundamento era próximo da caridade, e os reis católicos – Dom João I, de Portugal, entre eles – demonstram seu apreço pela mutualidade. Foi esse monarca o criador do *Compromisso Marítimo de Faro* (1432), para assistir e conceder pensões de sobrevivência a associados que perdiam a capacidade laboral ou contributiva.

Nesse estágio de desenvolvimento, a mutualidade chegou ao Brasil, nas primeiras décadas após o descobrimento. Alinhando-se entre as mais antigas atividades econômicas regulamentadas em nosso País, o seguro e a previdência foram criação de jesuítas, em especial o padre José de Anchieta, incentivador do mutualismo ligado à assistência. A regulamentação mais remota da atividade seguradora data de 1791, quando foram promulgadas as “Regulações da Casa de Seguros de Lisboa”, que foram mantidas em vigor até a Proclamação da Independência, em 1822. Anos antes, em 1808, com a abertura dos portos brasileiros, tivera início a exploração de seguros marítimos, por meio da Companhia de Seguros Boa Fé, com sede na Bahia. Foi a primeira seguradora a funcionar no País.

A fiscalização da atividade teve início em 1831, com a instituição da Procuradoria de Seguros das Províncias Imperiais, que ainda atuava com base em leis portuguesas. Embora o Código Comercial de 1850 só definisse normas para o setor de seguros marítimos, em meados do século 19 muitas seguradoras conseguiam aprovar seus estatutos e davam início à operação de outros ramos de seguros elementares, e também o de vida. Em 1895, as empresas estrangeiras passam a ser supervisionadas com base em legislação nacional. Finalmente, em 1901, com a edição do Decreto 4270 (Regulamento Murtinho), é criada a Superintendência Geral de Seguros, subordinada ao Ministério da Fazenda, cuja missão era estender a fiscalização a todas as seguradoras que operavam no País. Assim, teve início a história contemporânea da atividade seguradora no Brasil.

A operação do mercado: as seguradoras

Capítulo 4

Difícil estimar, com precisão e em toda sua abrangência e diversidade, o impacto sempre muito positivo do setor de Seguros, Previdência Privada e Capitalização na vida social e econômica dos povos. Mas é inegável que, sem essa modalidade de proteção, aviões não levantariam voo; navios não deixariam os portos; veículos não circulariam nas cidades e nas estradas; as grandes plantas industriais parariam de produzir porque o empresário não aceitaria que seus investimentos ficassem expostos aos humores da sorte; e o próprio desenvolvimento tecnológico ficaria paralisado, pois nenhum avanço acontece sem a proteção do seguro. E as famílias que se vissem privadas desse modo de proteção à sua vida, saúde, renda ou patrimônio estariam ao desamparo nos momentos de adversidade.

A operação do mercado é confiada às seguradoras, empresas especializadas em avaliar os riscos de cada negócio ou condição pessoal e, em troca de um pagamento único ou parcelado, que tecnicamente é chamado de prêmio, absorver todas as perdas cuja cobertura ou reposição seja contratada. Mola de sustentação e certeza das principais atividades econômicas de um país, e garantia de proteção contra a eventualidade dos riscos que podem afetar os mais diversos aspectos da vida moderna, o seguro cobre desde perdas relacionadas ao exercício de atividades profissionais, morte e invalidez, até perdas referentes a desastres naturais e à propriedade pessoal.



O seguro cobre desde perdas relacionadas ao exercício de atividades profissionais, morte e invalidez, até perdas referentes a desastres naturais e à propriedade pessoal.

Importante saber que seguradoras, na condição de meras administradoras desse fundo que é formado pelos segurados, só podem pagar uma indenização se ocorrer efetivamente o evento particularizado no contrato como risco coberto. E devem pagar exatamente o valor devido de acordo com o contrato, sem ampliações ou reduções. Se pagassem a mais, o fundo comum teria que ser reposto, o que se refletiria nos preços do seguro. Se indenizassem a menos, prejudicariam o direito contratual do segurado atingido pelo evento específico.

Não desnatura essa finalidade predominantemente ética, originada na solidariedade e nas virtudes da mutualidade, a circunstância de as seguradoras se constituírem sob a moderna forma de sociedades anônimas, cujo objetivo mercantil é a geração de lucro sobre capitais aplicados. Mesmo porque as próprias normas de organização societária – especificamente no caso do Brasil – procuram sempre dar relevo e destaque à responsabilidade social da empresa, controladores e administradores, por atos que atentem contra interesses e direitos da comunidade. E, particularmente no caso das empresas do mercado segurador, a garantia daqueles direitos geralmente pactuados nas apólices de seguro: a vida e não-vida, ou seja, o patrimônio e a renda.

Os produtos: Seguros de Danos e de Pessoas

Capítulo 5



Tecnicamente diferentes, e disciplinados de forma diversa, os seguros que integram o segmento de seguros gerais – danos e pessoas – têm características muito próprias.

No segmento de Vida e Previdência, os planos disponíveis buscam reduzir os efeitos de alguns dos infortúnios ou incertezas financeiras os quais as pessoas estão sujeitas no curso de sua existência. Na linha de coberturas de riscos, os mais conhecidos são aqueles produtos para morte prematura, invalidez e acidente. Mas há produtos para saldar despesas financeiras deixadas por tomador de empréstimos; de traslado de corpo ou pacientes em viagens internacionais; por desvio de bagagem, ampliando as situações reais de uso de seguros específicos para pessoas.

No caso de produtos de acumulação, há planos voltados, em princípio, mas não necessariamente, para enfrentar uma velhice em condição financeira menos desfavorável, comparativamente à usufruída durante o período laboral. Até porque hoje é muito comum a compra de produtos de previdência para crianças, de olho em despesas futuras, como o custeio da universidade ou especialização no exterior quando virarem adultos.

Em todos os casos, os produtos de benefícios oferecem uma alternativa relevante às limitações impostas pelos programas governamentais, que nem sempre suprem as reais necessidades dos indivíduos.



Nesse cenário, são criadas, regulamentadas e prosperam as modalidades privadas de prevenção adicional (complementar) contra os impactos financeiros negativos relacionados ao enfrentamento desses infortúnios. E não raro encontrar-se planos possibilitando ao consumidor combinar variadas opções de risco de investimento, mas, também, coberturas previdenciárias e benefícios desejados, de sorte a permitir-lhe obter a proteção mais adequada às suas necessidades particulares.

Nos seguros de Pessoas (morte, acidentes pessoais e invalidez), por não terem caráter indenizatório, não há limitação de valor ou sua cumulatividade: a seguradora é responsável pelo valor do capital segurado que aceita. Existem, ainda, produtos de acumulação de recursos – no seguro de Pessoa e em planos abertos de Previdência Complementar Privada – que admitindo o resgate de recursos, na forma regulamentada, destinam-se ao recebimento, no futuro, em data predeterminada, do montante acumulado, sob a forma de pagamento único e/ou por meio de uma renda programada.

Os seguros de Pessoas podem ser contratados em grupo ou individualmente. E, além dessas modalidades, há ainda cobertura por sobrevivência: Vida Gerador de Benefício Livre (VGBL). Trata-se de seguro contratado em regime de remuneração do montante dos prêmios pagos, com base na rentabilidade da carteira de um fundo de investimentos

Nos seguros de Pessoas (morte, acidentes pessoais e invalidez), por não terem caráter indenizatório, não há limitação de valor ou sua cumulatividade.

especialmente constituído. Durante o período de acumulação, os recursos podem ser resgatados, parcial ou totalmente, observadas as condições contratuais. Em data predeterminada contratualmente, o segurado pode optar por receber os recursos de uma só vez e/ou sob a forma de uma renda programada. Sobre os prêmios pagos no VGBL não incide o IOF.

Semelhante ao VGBL, o Plano Gerador de Benefícios Livres (PGBL) é um plano de benefícios de Previdência Complementar Aberta. A diferença fundamental entre os dois produtos é o tratamento tributário. Enquanto no VGBL não há dedução do valor dos prêmios pagos para efeito de Imposto de Renda, que incidirá apenas sobre os rendimentos, no PGBL o adquirente beneficia-se da possibilidade de dedução do valor das contribuições pagas no ano civil, até limite de 12% de sua renda bruta, e o Imposto de Renda incidirá sobre a importância resgatada ou sobre o valor do benefício pago sob a forma de renda programada.

No caso do mercado de Previdência Complementar Aberta, pode-se dizer que começa a existir, mesmo, em 1977, quando foi promulgada a Lei nº 6.435/77. A partir desse normativo, passam a ser consideradas entidades de Previdência Complementar aquelas que, de acordo com o Art. 1º da lei, “têm por objeto instituir planos privados de concessão de pecúlios ou de rendas, de benefícios complementares ou assemelhados aos da Previdência Social, mediante contribuição de seus participantes, dos respectivos empregadores ou de ambos”.

Essa lei recebeu o completo de dupla regulamentação por dois decretos de 1978: um, sobre Entidades Fechadas de Previdência Privada (EFPPs); o outro, sobre as sociedades abertas de previdência privada (EAPPs). E mais de uma década depois, já em vigência a Constituição de 1988, pela Lei Complementar nº 109/2001, essa nomenclatura foi alterada: em lugar da expressão “Previdência Privada”, a lei passa a falar em regime de “Previdência Complementar”, que é operado por entidades de Previdência Complementar que têm por objetivo principal instituir e executar planos de benefícios de caráter previdenciário.



Enquadrado por essa moldura normativa, o mercado de Previdência Complementar Aberta é operado por Sociedades Seguradoras autorizadas a atuar no ramo Vida e por Entidades Abertas de Previdência Complementar que devem estar constituídas, em ambos os casos, como sociedades anônimas. As Entidades Abertas de Previdência Complementar, constituídas como sociedade civil sem fins lucrativos, em conformidade com a Lei nº 6.435/77, poderão manter sua organização jurídica. A autorização para funcionamento,





que é concedida pelo ministro de Estado da Fazenda, após análise da Superintendência de Seguros Privados – Susep, abrange as operações com planos previdenciários, de pecúlio ou renda.

O avanço dos planos de Previdência Privada tem a ver com o histórico de dificuldades da Previdência Social, ao longo de sua história.

No Brasil, os sistemas de Previdência Social aparecem pela primeira vez em 1543, quando foi fundada a Santa Casa de Misericórdia de Santos. E, embora ainda se tratasse essencialmente de uma atividade sem fins econômicos, mas voltada à caridade, é possível identificar, já nessa primeira experiência, o acolhimento e a prática de dois conceitos-fundamentos que ainda hoje definem a atividade de previdência: a prevenção contra a eventualidade

de riscos de ocorrência aleatória e o mutualismo. Previdência como operação de caráter empresarial e com fins econômicos vai surgir, mesmo, somente a partir de 10 de janeiro de 1835, ano em que foi criado, no Rio de Janeiro, o Monte-Pio Geral de Economia dos Servidores do Estado, Mongeral. Essa instituição veio a pagar o primeiro benefício previdenciário um ano após, em 1836.

Logo após a Primeira Guerra Mundial, em janeiro de 1919, acompanhando uma tendência de ação de Estado que vinha sendo praticada nas economias mais avançadas e que ditavam novos modelos de relações de trabalho, o Brasil adota, por lei, uma prática de previdência que, em sentido estrito, já pode ser chamada de “social”. Era um avanço: empregadores passam a assumir a obrigação de indenizarem seus empregados, em situação de acidentes ocorridos no



***A “Lei Eloy Chaves”
foi uma revolução
nas relações de
trabalho. Até seu
advento, cabia aos
próprios empregados
e empregadores a
administração direta
dos poucos fundos
de aposentadoria
existentes.***

trabalho. Mas, previdência social, mesmo, num sentido que se aproxima da prática moderna, como sistema de proteção em âmbito nacional, surge no Brasil quatro anos depois, em janeiro de 1923, quando o presidente Arthur Bernardes edita o Decreto-lei nº 4.682. Por essa lei, que recebeu o nome de seu autor, o deputado federal Eloy de Chaves, foi criada a Caixa de Aposentadoria e Pensão dos Ferroviários, que, transformada no tempo, veio a ser a semente do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS.



A “Lei Eloy Chaves” foi uma revolução nas relações de trabalho. Até seu advento, cabia aos próprios empregados e empregadores a administração direta dos poucos fundos de aposentadoria existentes. O Estado não entrava com um centavo sequer. Mas também não interferia na operação. Pelo menos, no início. Pois, ainda em abril daquele ano, por Decreto presidencial, foi criado um Conselho Nacional de Trabalho, que passou atuar como instância recursal e reformadora de decisões tomadas pela Caixa de Aposentadoria. Com o passar dos anos e de novas normas, o sistema previdenciário foi, aos poucos, sendo estendido a outras categorias, como os portuários e marítimos (1926), e telegrafistas e radiotelegrafistas (1928). Mas, há um detalhe muito curioso a ser destacado na Lei Eloy Chaves: a idade mínima para aposentadoria era a partir de 50 anos.

Em 1930, decidido a acabar com os desequilíbrios de orçamento provocados por fraude e corrupção do sistema, Getúlio Vargas suspende por seis meses todas as aposentadorias em vigor. Em novembro desse mesmo ano, é criado o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, com a missão institucional de orientar e supervisionar a Previdência Social, cuja legislação já alcançava a totalidade dos serviços públicos explorados diretamente ou concedidos pelo Poder público. Mas, é no ano seguinte que o Brasil dá mais um passo em direção à modernidade que, aos trancos e tropeços normativos, chegaria até a década de 60. Vargas, pelo Decreto 20.465/31, eleva o limite de aposentadoria para 55 anos e passa a adotar como forma de financiamento dos benefícios, além de uma contribuição do governo, a soma do resultado da contribuição de cada trabalhador, calculada sobre seu salário e uma participação do empregador, com percentual sobre a folha de pagamentos.

De aperfeiçoamento em aperfeiçoamento, o sistema brasileiro de Previdência Social chega a 1960, quando o presidente Juscelino Kubitschek promulga,

Toda a população brasileira economicamente ativa passava a ter cobertura previdenciária, excetuados empregados domésticos e ministros religiosos, cuja inscrição foi tornada facultativa.



depois de uma tramitação discutida e demorada por 13 anos, a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) e cria seis institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), de âmbito nacional: IAPM, IAPC, IAPB, IAPI, IAPETEC e IAPFESP. A partir daí, toda a população brasileira economicamente ativa passava a ter cobertura previdenciária, excetuados empregados domésticos e ministros religiosos, cuja inscrição foi tornada facultativa. A Previdência Social no Brasil finalmente estava inteiramente uniformizada. E recebeu um complemento importante, em 1967, quando teve início o funcionamento do INPS. Este sistema público de Previdência Social, montado por Vargas e ampliado por JK, manteve-se em suas linhas gerais até a década de 60.





Os produtos: Seguros de Saúde

Capítulo 6

Durante a vida, as pessoas adoecem com maior ou menor frequência e gravidade. Parte das pessoas passa pela vida com poucas doenças ou com doenças de baixa gravidade. Outras enfrentam doenças graves que podem exigir todo o patrimônio da família no diagnóstico, tratamento e recuperação. Mas o fato é que ninguém sabe com precisão que doenças (e sua gravidade) vai encontrar em sua vida.

Estar preparado financeiramente para enfrentar toda e qualquer situação de saúde/doença possível na vida exigiria uma grande fortuna financeira se tivesse que ser provisionada individualmente, o que seria inalcançável para a maioria das pessoas. A cobertura em regime mutual, que é típica das coberturas dos seguros, fornece uma solução mais eficiente. Mediante um prêmio/mensalidade fixo e certo, a pessoa pode proteger seu patrimônio em caso de doença.

Assim a cobertura de riscos à saúde segue os princípios do seguro, mas tem características distintas, como, por exemplo, a não existência de limite aos serviços de assistência à saúde nem aos valores financeiros das indenizações ou dos gastos na utilização desses serviços.

A cobertura pode se dar na forma do Seguro Saúde, contratado perante seguradoras especializadas em saúde, mas pode também ser junto a outras modalidades empresariais, como as medicinas de grupo, as cooperativas médicas

Parte das pessoas passa pela vida com poucas doenças ou com doenças de baixa gravidade. Outras enfrentam doenças graves que podem exigir todo o patrimônio da família no diagnóstico, tratamento e recuperação.





ou ainda as autogestões. A lei dos Planos de Saúde denominou a todas essas formas de Operadoras de Planos de Assistência à Saúde, tendo, no entanto, preservado as características próprias de cada forma de organização societária.

Todas as formas de contratação destinam-se a garantir proteção em face de riscos à saúde do segurado e de seus dependentes incluídos no contrato ou na apólice. A proteção pode se dar na forma de prestação direta dos serviços de assistência à saúde ou de indenização ou reembolso de despesas incorridas de natureza médico-hospitalar que resultem da ocorrência de eventos (sinistros) cobertos e tudo conforme estabelecido em contrato.

Essa cobertura de riscos à saúde surgiu em momento de crise, em Dallas, capital do Texas, nos Estados Unidos, durante a “Grande Depressão” de 1929, como solução de enfrentamento à escassez de meios com que se defrontava o sistema de saúde americano. Inicialmente pensado como solução quase caseira, que deveria propiciar cobertura de saúde a um grupo de professores e suas famílias, tinha um funcionamento simples: cada integrante do grupo recolhia um valor mensal, que era aportado a um fundo comum, destinado ao pagamento de internação em unidade hospitalar. Havia um limite de tempo à internação coberta: vinte e um dias por ano. Mas o “plano” permitia que seus usuários tivessem acesso, coberto, à utilização de centro cirúrgico e outros serviços médico-hospitalares complementares.

No Brasil, historicamente, a assistência à saúde era de responsabilidade das instituições de Previdência, inicialmente, no começo do século passado, das Caixas de Assistência organizadas por empresas, depois transformadas, na década de 1930, nos Institutos de Aposentadoria e Pensões por setor



Com a criação do SIMPAS na década de 1970, a assistência à saúde ficou com o INAMPS, o que perdurou até a consolidação do SUS, produto da Constituição de 1988, no início dos anos 90.

de atividade, consolidados no INPS em 1966, com cobertura para indivíduos com carteira assinada e seus familiares. Com a criação do SIMPAS na década de 1970, a assistência à saúde ficou com o INAMPS, o que perdurou até a consolidação do SUS, produto da Constituição de 1988, no início dos anos 90.

O acesso à assistência à saúde desses institutos previdenciários era limitado às pessoas com carteira de trabalho assinada e a seus familiares. A assistência à saúde de pessoas sem carteira assinada dependia de recursos próprios ou das Santas Casas Beneficentes.

Assim era até a chegada da indústria automobilística, em meados dos anos 1950. Esse cenário começou a mudar com a implantação da indústria automobilística em São Paulo, na região do ABC, por empresas multinacionais. A experiência em seus países de origem indicava que a produtividade da força de trabalho era tanto maior quanto mais saudáveis eram seus colaboradores. Para terem uma força de trabalho saudável e presente, portanto mais produtiva, as empresas não queriam ficar na dependência dos serviços de assistência à saúde, morosa e ineficaz, dos Institutos de Previdência.

Grupos de médicos, então, decidem se organizar, criando uma estrutura de atendimento que viria a ser o embrião das futuras empresas de planos de saúde. A Policlínicas, iniciada pelo médico Julian Czapski, foi pioneira nessa iniciativa. Resumidamente, o modelo novo consistia em estrutura de atendimento a ser prestado por médicos conveniados ou contratados para situações específicas, além da disponibilização de serviços auxiliares de tratamento e diagnóstico.

Rapidamente, os planos de saúde ganham espaço, que se amplia na medida que a industrialização prossegue e se altera o perfil de renda da população.

O Seguro Saúde foi disciplinado com a edição do Decreto-lei nº 73, em 1966. Pretendeu esse Decreto Lei adotar a modalidade exclusiva de Seguro Saúde para as coberturas dos riscos da saúde para todas as novas ofertas de produtos. O Decreto Lei proibiu as sociedades que haviam comercializado produtos de cobertura de riscos à saúde de continuarem a comercialização, podendo, no entanto, manter ou adaptar os contratos já comercializados mediante acordo entre as partes. As novas comercializações deveriam ser na modalidade de Seguro Saúde e por sociedades seguradoras. O Seguro Saúde pagaria diretamente aos prestadores de serviços de saúde pela assistência prestada aos segurados, relativa aos eventos/sinistros cobertos que se materializassem sobre eles. Os pagamentos seriam realizados com base em tabelas de honorários médico-hospitalares fixados pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

Esse dispositivo não teve eficácia por falta de regulamentação e também pela baixa atratividade do produto e incertezas inerentes a casos com alta regulamentação.

Mas a comercialização propriamente dita e em larga escala do Seguro Saúde inicia somente após a publicação da Resolução CNSP 16/88, que delegou competência à Susep para autorizar as sociedades seguradoras do ramo Vida a operarem no "Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar" e editar as normas necessárias a seu funcionamento. O crescimento vertiginoso dos planos de saúde comercializados por empresas não seguradoras (especialmente pelas denominadas de Medicinas de Grupo e cooperativas médicas) estimulava as seguradoras a entrarem nesse mercado, o que passou a ser possível com a publicação da citada Resolução do





CNSP. Esta resolução esclareceu as duas modalidades de pagamento/indenização pelas sociedades seguradoras: uma, indenização ao segurado, com valores limitados em contrato, pela utilização de prestadores de sua livre escolha; outra, pagamento direto pela seguradora ao prestador de uma rede referenciada, sempre por conta e ordem do segurado (observe-se que este é precisamente o estabelecido no artigo 130 do Decreto Lei nº 73). Dessa forma, às seguradoras foi facultado garantir o pagamento diretamente ao prestador dos serviços de assistência à saúde em nome do beneficiário que deles fizesse uso elas puderam constituir “redes referenciadas de atenção à saúde”, facilitando para o beneficiário que ficou dispensado de desembolsar ao prestador no momento da utilização dos serviços médicos. Todavia, as seguradoras ficaram com a obrigação de oferecer livre escolha com reembolso e sem possibilidade de oferecerem serviços próprios de assistência à saúde.

Essa mudança reduziu as diferenças entre planos de saúde e Seguro Saúde e as seguradoras operando o Seguro Saúde puderam prosperar.

O início dos anos 90 foram marcados por inflação extraordinariamente alta, o que permitia elevados ganhos financeiros às empresas de planos e Seguros de Saúde. A estabilização trazida pelo Plano Real alterou profundamente a equação financeira dessas empresas. No Congresso, tramitava projeto de lei de regulamentação

dos planos de saúde. Uma das linhas argumentava que as seguradoras, por operarem apenas financeiramente, não teriam, diferentemente das outras modalidades, entre seus propósitos fazer a gestão de saúde. A inclinação era na linha dos planos de saúde.

A Lei nº 9656/98 foi aprovada, depois de uma longa tramitação, e já foi alterada no dia seguinte à sua publicação, por Medida Provisória, seguida de mais inúmeras modificações pelo mesmo instrumento. À lei faltou estrutura, mas ela trouxe importantes dispositivos em seus eixos administrativo, econômico e assistencial. Foi importante para conferir maior solidez e confiabilidade ao mercado, tanto para as empresas quanto para os consumidores.

Foi somente em 2001, com a Lei nº 10.185, que dispôs sobre a especialização de sociedades seguradoras em seguro privado de assistência à saúde. Com essa Lei, todas as diferentes sociedades que operavam planos ou Seguros de Saúde foram enquadradas com Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Vale reenfatar, embora todas tenham recebido a denominação de operadoras, essa lei também respeitou as formas próprias de constituição empresarial.

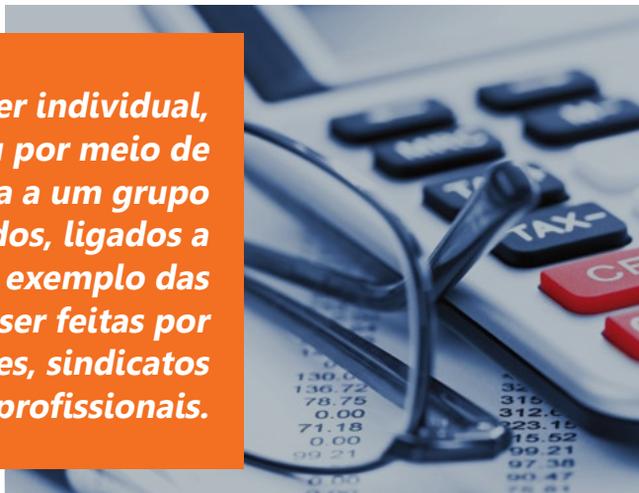
Planos e Seguros de Saúde devem oferecer cobertura a todas as doenças constantes da CID-10, e aos procedimentos definidos pela ANS no Rol de Cobertura e Procedimentos Obrigatórios. Admitem-se legalmente alguns tipos de exclusão, como os procedimentos estéticos, os experimentais e, obviamente os não éticos. A cobertura

pode ser contratada em várias modalidades: ambulatorial, hospitalar, com ou sem cláusula de cobertura de parto, odontológico e combinando vários destes. O seguro pode ser individual, empresarial, ou por meio de adesão espontânea a um grupo delimitado de segurados, ligados a uma pessoa jurídica, a exemplo das adesões que podem ser feitas por meio de associações, sindicatos e entidades profissionais. Todas as operadoras são obrigadas a oferecer o “Plano de Referência” a todos os consumidores. Esse Plano Referência garante a cobertura médico-ambulatorial e hospitalar, inclusive partos, com acomodação em padrão de enfermaria, e cobertura de transplantes, que é limitada a rim, córnea e um tipo de medula.

Diferentemente das empresas que operam com planos de saúde, as seguradoras especializadas em saúde não podem possuir ou administrar estabelecimentos de saúde, como clínicas, hospitais, ambulatórios etc. Como consequência, o Seguro Saúde deve obrigatoriamente oferecer aos segurados a possibilidade da utilização de uma rede de prestadores de serviços de sua livre escolha, com reembolso nos limites fixados no contrato. As despesas contratualmente cobertas, realizadas perante esses prestadores de serviços, são reembolsadas ao segurado mediante a apresentação de nota ou recibo. Na rede referenciada, a operadora paga diretamente ao prestador, em nome e por conta do segurado.

Para maior tranquilidade do segurado, é importante saber que, adicionalmente, todos os planos e Seguros Saúde são submetidos à mesma regulamentação e fiscalização da ANS em todos os seus diferentes aspectos como

O seguro pode ser individual, empresarial, ou por meio de adesão espontânea a um grupo delimitado de segurados, ligados a uma pessoa jurídica, a exemplo das adesões que podem ser feitas por meio de associações, sindicatos e entidades profissionais.



no que diz respeito à materialidade dos contratos, regulação econômico-financeira, assistencial, entre outros. Isto é, o tipo e abrangência dos direitos que podem ser contratados pelo consumidor.

Cabe um destaque à regulação prudencial típica da atividade seguradora. Afinal, as seguradoras “comercializam confiança”. Como os riscos se materializam de forma diferenciada, tanto no tempo quanto entre coisas/pessoas seguradas e entre diferentes seguradoras, a atividade precisa ser submetida a regras de prudência. As seguradoras, reguladas que eram pelo CNSP/Susep, sempre estiveram submetidas a elas, com exigência de capital mínimo e constituição de reservas lastreadas em ativos garantidores. Essa exigência permaneceu quando tiveram que se especializar em saúde por força da Lei nº 10.185, em 2001. Nessa época, a ANS instituiu a regulação prudencial no setor, alcançando todas as operadoras de planos de saúde. Editou regras de capital mínimo, margem de solvência e de provisões similares às que já eram observadas pelas seguradoras na Susep, porém levando em consideração as diferenças entre as diversas modalidades de operadoras. Os prazos para a constituição foram flexibilizados e, até 2022, por exemplo, todas as empresas deverão constituir 100% da margem de solvência.

Nesse período, a ANS também instituiu o plano de contas padronizado e o acompanhamento econômico-financeiro regular das operadoras, bem como passou a utilizar dos instrumentos da direção técnica e liquidação extrajudicial para operadoras que não se adequassem às regras.

Os produtos: Capitalização

Capítulo 7



A Capitalização é descoberta típica da simplicidade cartesiana do gênio francês, e, sob a forma de título de investimento, de custo unitário baixo, para pagamento à vista ou em pequenas mensalidades, veio ao mundo em 1850, na oficina de um certo Paul Verger, ourives-gravador que mantinha estabelecimento em Paris, na Rue des Martyrs, 7. Consta que a primeira emissora de títulos teria sido uma sociedade em participação integrada por 250 associados, que contribuíam com 10 centavos de franco por semana, para a constituição de um fundo comum que se destinaria à distribuição por sorteios de 100 francos, realizados na Páscoa, São João e Natal. Podiam concorrer todos os associados que se achassem em dia com suas contribuições, para que não houvesse dúvida quanto à lisura do sorteio, os números de cada concorrente eram colocados num chapéu e um menino extraía os vencedores. O ganhador parava de contribuir para o fundo.

Esta é uma versão. Mas, há outra. Fantásiosa, mas igualmente muito difundida, que atribui sua invenção a um certo Paul Viget, tido como diretor de uma cooperativa de mineiros – não se diz nunca exatamente de onde –, que teria sido o idealizador de um sistema de recolhimento de pequenas contribuições individuais mensais, destinadas à formação de um capital garantido, que seria devolvido aos prestamistas em prazo previamente determinado. Segundo essa versão, preocupado com a situação de penúria dos associados e mais preocupado ainda com o atraso no pagamento das contribuições, esse

***A Capitalização
tem uma história
de quase oito
décadas
de alinhamento
com os grandes
temas do
desenvolvimento
econômico e social
do Brasil.***



A Capitalização assume relevância ao disponibilizar volumes crescentes de provisões técnicas que podem ser canalizados para investimentos produtivos indispensáveis ao desenvolvimento econômico e social.

tal Viget teria decidido realizar sorteios entre os contribuintes pontuais, atribuindo como prêmio a isenção do pagamento das mensalidades pelo período de um ano.

Como história, a versão acima é mal documentada. Como modelo, completa-se com o aparecimento dos primeiros estabelecimentos emissores de títulos, que assumiam a obrigação de pagar aos seus subscritores, após um determinado prazo, uma importância fixa, em espécie, além de distribuírem periodicamente, por meio de uma pequena loteria, prêmios suplementares, muito vantajosos. E foi aí que começaram os problemas da Capitalização, pois, ao lado de empresas honestas, que operavam sob o rigor da lei e da matemática, também começaram a aparecer aquelas que não se envergonhavam de prometer o que, de antemão, sabiam que não seria cumprido. E os tais títulos, que até 1888 seriam emitidos sob a forma de "Reconstituição de Capital", começam a ser colocados sob suspeita pela Corte de Justiça de Paris, que vislumbrou, sob a máscara diáfana e honesta da ideia de poupança de longo prazo cumulada com sorteios, alguma espécie mal conformada de loteria. Isto é, jogo!



A Capitalização foi sempre uma espécie de cartilha descomplicada e instrumento estimulador da formação do hábito de poupar.

Adversários da Capitalização bradavam – na França do século 19 tanto quanto bradariam no Brasil no século 20 –, que títulos emitidos para resgate em até 100 anos, certamente, não achariam comprador, se não existisse o apelo simples e direto dos sorteios. Era jogo, portanto. Pelo menos, tinha a motivação da sorte. Mas os juízes discordaram. Aceitaram o argumento de que o montante e a atribuição dos prêmios de Capitalização, determinados pelo próprio contrato e de modo uniforme para todos os subscritores, afastavam o acaso da sorte. E assim, em sentença que permitiu a sobrevivência da Capitalização, decidiram que não se tratava de jogo, mas de modalidade de poupança.

Entre nós, a Capitalização tem uma história de quase oito décadas de alinhamento com os grandes temas do desenvolvimento econômico e social do Brasil. Historicamente, desde a emissão do primeiro título no País, em 1929 e regulamentada desde 1933, a Capitalização foi sempre uma espécie de cartilha descomplicada e instrumento estimulador da formação do hábito de poupar. Destacadamente entre as camadas populares, que nem sempre têm franqueado seu acesso aos produtos financeiros de maior complexidade, por escassez de renda ou até mesmo falta de conhecimento sobre programas de acumulação de poupança e retorno financeiro.

Como resposta, a simplicidade da Capitalização cujos títulos, comercializados por meio de pagamento mensal ou único, são acessíveis às economias familiares. Os títulos de Capitalização representam uma primeira oportunidade de inclusão social e econômica, e têm sido uma cartilha descomplicada, pela qual se ensina e se estimula o hábito de poupar. E, para o agregado macroeconômico do País, a Capitalização assume relevância, ao disponibilizar volumes crescentes de provisões técnicas que podem ser canalizados para investimentos produtivos indispensáveis ao desenvolvimento econômico e social.

Os títulos de capitalização, por meio das quatro modalidades ofertadas no mercado (tradicional, incentivo, popular e compra programada), constituem soluções capazes de atender a perfis variados de consumidores, combinando soluções de negócios com sorteios e podem ser adquiridos à vista (pagamento único) ou a prazo (pagamento mensal). Parte de cada valor pago destina-se aos sorteios e parte destina-se à constituição de um capital para resgate, dentro de prazos pré-determinados.

Além do atrativo dos sorteios periódicos, em que os compradores têm a possibilidade de serem contemplados com quantias elevadas, os títulos de Capitalização auxiliam a população no esforço de constituição de reservas financeiras com perfis de médio e longo prazos, tornando possível o surgimento de uma cultura de poupança.





Referências Bibliográficas

1. ALVIM, Pedro, *O contrato de seguro*, EDITORA FORENSE, Rio de Janeiro, 1983.
2. AMADOR, Paulo; CAVICCHINI, Alexis, et alii, *A história dos seguros no Brasil*, COP Editora, 2008.
3. AMADOR, Paulo, *Do retrato de Vargas à Carta de Brasília*, 2ª Edição, GRUPIARA, 2010.
4. AMADOR, Paulo, *Capitalização, uma história de prosperidade*, GRUPIARA, 2002.

Nossa missão

é congregar as principais lideranças, coordenar ações políticas, elaborar o planejamento estratégico do setor e representar o mercado perante as instituições nacionais e internacionais.



O seguro

tem importante papel na economia e na sociedade brasileira. Ele contribui significativamente para o desenvolvimento da infraestrutura, a geração de renda e o acesso à Saúde Suplementar no País.

Promover

maior integração de todos os participantes do mercado segurador: líderes pensando juntos, empresas compartilhando experiências, proximidade dos órgãos reguladores, consumidores e sociedade em geral, para a construção de uma agenda que favoreça a expansão do seguro e seu crescimento sustentável.





Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização

Paulo Amador

Procurador federal, jornalista e escritor, com mais de duas dezenas de livros publicados. Entre suas obras sobre atividade seguradora no Brasil: “A História dos Seguros no Brasil”, em colaboração com outros autores; “Capitalização, uma história de prosperidade”; “Do retrato de Vargas à Carta de Brasília” e “Parceiro do Rio”. É membro do Pen Clube Internacional (Seção Brasil), da Academia de Letras do Brasil (Brasília), do Instituto Cultural San Martin (Argentina), do Instituto Cultural Ramon Castilla (Peru). Consultor no mercado de seguros, foi corregedor da Comissão de Valores Mobiliários, ex-ouvidor da Seguradora Líder-DPVAT.

Federações filiadas à CNseg



Federação Nacional de Seguros Gerais



Federação Nacional de Previdência Privada e Vida



Federação Nacional de Saúde Suplementar



Federação Nacional de Capitalização

Rio de Janeiro

Rua Senador Dantas, 74 - 16 andar
Centro | CEP 20031-205
Tel. 21 2510-7777

Brasília

SCN Quadra 1 bl.C
Brasília Trade Center, salas 1601 a 1612
Brasília | CEP 70711-902
Tel. 61 3424-9337 | Fax 61 3328-1904

Projeto gráfico





PROGRAMA
**EDUCAÇÃO
EM SEGUROS**

www.cnseg.org.br



CNseg

Confederação Nacional das Empresas
de Seguros Gerais, Previdência Privada e
Vida, Saúde Suplementar e Capitalização



APPROACH
COMUNICAÇÃO