

DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO

Publicado em: 06/07/2022 | Edição: 126 | Seção: 1 | Página: 109

Órgão: Ministério da Economia/Superintendência de Seguros Privados

CIRCULAR SUSEP Nº 667, DE 4 DE JULHO DE 2022

Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso das atribuições que lhe conferem as alíneas "b" e "c" do art. 36 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando o disposto no Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, e o que consta do Processo SUSEP nº 15414.636172/2021-64, resolve:

Art. 1º Dispor sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES INICIAIS

Art. 2º As condições contratuais dos planos de seguro, assim como suas eventuais alterações, deverão ser registradas eletronicamente na Susep previamente à sua comercialização.

§ 1º É opcional a estruturação de planos de seguros com condições especiais.

§ 2º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep, sem prejuízo da observância de eventual prazo previsto para adaptação normativa.

§ 3º A alteração de plano de seguro já registrado, de que trata o caput e o §2º deste artigo, será válida:

I - no caso de plano individual, para contratações ou renovações efetuadas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro; e

II - no caso de plano coletivo, para apólices emitidas ou renovadas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro.

§ 4º No caso de alteração exclusivamente em nota técnica atuarial que não seja objeto de registro junto ao plano de seguro, a data de que trata o §3º deste artigo será aquela em que a nota técnica atuarial for alterada pela sociedade seguradora, observado o disposto no §1º do art. 67.

Art. 3º As sociedades seguradoras são responsáveis pelas cláusulas constantes em seus produtos, que devem estar em conformidade com a legislação vigente.

Art. 4º As condições contratuais deverão ter ordenamento lógico e ser expressas em linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento, bem como deverão apresentar, com destaque, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado.

Art. 5º Não poderão constar das condições contratuais cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, incompatíveis com a boa-fé ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem, ou que contrariem a regulação em vigor.

Art. 6º A denominação do plano de seguro, incluindo o nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência das coberturas oferecidas.

Art. 7º As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

Parágrafo único. A sociedade seguradora se responsabiliza pelas informações contidas na publicidade do produto que vier a ser veiculada, assegurando aos segurados todos os direitos e condições ali elencados, bem como pela transparência de todo o processo.

Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.

Art. 9º As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à emissão do bilhete ou à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo.

Parágrafo único. No caso das propostas de que trata o caput, o proponente, seu representante ou corretor de seguros deve assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

Art. 10. As propostas e as condições contratuais do plano deverão conter, observadas as demais exigências previstas na regulamentação vigente, as seguintes informações:

I - a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;

II - o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; e

III - o segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

§ 1º A informação contida no inciso I deste artigo não se aplica a seguros contratados por meio de emissão de bilhete.

§ 2º A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e publicidade utilizado.

Art. 11. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco, constante da proposta, no cálculo dos prêmios deverão fornecer, de forma objetiva, todos os esclarecimentos necessários para o seu correto preenchimento, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas ou omissões devidamente comprovadas.

Art. 12. A sociedade seguradora deverá disponibilizar as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice, bilhete ou certificado individual do seguro.

CAPÍTULO II

ELEMENTOS MÍNIMOS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO

Objetivo do seguro

Art. 13. A cláusula de objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza quais são os riscos cobertos.

Tipo de contratação

Art. 14. As condições contratuais deverão especificar se o plano é de contratação coletiva ou individual.

Definições

Art. 15. As condições contratuais deverão apresentar glossário, em linguagem clara e de fácil entendimento, com a definição dos termos técnicos e estrangeirismos utilizados.

Âmbito geográfico

Art. 16. Deverá constar das condições contratuais o âmbito geográfico das coberturas do plano de seguro.

Coberturas

Art. 17. As condições contratuais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos.

Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.

Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva sobre a caracterização dos eventos cobertos, sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos.

Art. 19. As condições contratuais poderão prever coberturas relativas a diferentes ramos de seguros, observadas as regulamentações específicas de cada ramo e a regulamentação específica sobre contabilização em ramos vigente.

Parágrafo único. A sociedade seguradora deverá possuir autorização para operar em todos os ramos relativos às coberturas previstas nas condições contratuais.

Art. 20. Nos planos de seguro que conjuguem mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá informar, em destaque, se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente.

Art. 21. As condições contratuais deverão indicar se o recebimento de indenização de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.

Art. 22. As condições contratuais deverão deixar claro se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.

Art. 23. Quando prevista cobertura cuja forma de indenização seja prestação de serviços exclusivamente por meio de rede referenciada, sem a previsão de reembolso de despesas, a cláusula referente à cobertura deverá ser redigida de forma clara e em destaque, de modo a evidenciar suas limitações quanto à escolha do prestador.

§ 1º As condições contratuais deverão especificar o que ocorre na hipótese de impossibilidade de contato e/ou de impossibilidade da utilização da rede de serviços referenciada, inclusive nas situações em que o prestador de serviços ou a seguradora tiverem dado causa à impossibilidade.

§ 2º A sociedade seguradora deverá manter em seu sítio eletrônico a lista atualizada dos prestadores de serviço de sua rede referenciada por plano de seguro e dar ciência aos segurados em caso de alteração significativa da rede referenciada, inclusive com impacto na abrangência geográfica.

Riscos excluídos

Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.

Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado por acidente pessoal coberto.

Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.

Art. 27. Deverá constar das condições contratuais do seguro disposições relacionadas a eventual exclusão de doenças preexistentes.

§ 1º Não poderão ser objeto de exclusão de cobertura do seguro as doenças preexistentes:

I - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta;

II - que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta.

§ 2º É vedada a exclusão de doenças preexistentes quando não for exigido pela sociedade seguradora o preenchimento de declaração pessoal de saúde.

§ 3º Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta.

§ 4º Na hipótese prevista no §3º deste artigo, a apólice individual ou certificado individual

deverão discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura.

Aceitação

Art. 28. Deverá constar das condições contratuais do seguro cláusula de aceitação do risco contendo o prazo que a sociedade seguradora dispõe para manifestar-se sobre a proposta, nos termos da regulamentação específica, exceto para os seguros contratados por bilhete.

Parágrafo único. Para a aceitação de que trata o caput, poderão ser exigidas informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

Vigência e renovação

Art. 29. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência das coberturas, nos termos da regulamentação específica.

Art. 30. Deverão ser especificados os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.

§ 1º A renovação automática só poderá ser feita uma única vez e pelo mesmo prazo, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

§ 2º Quando prevista renovação da apólice, caso a sociedade seguradora não tenha interesse em efetuar esta renovação, deverá comunicar aos segurados e, no caso de apólice coletiva, ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Art. 31. Para os seguros temporários que prevejam a possibilidade de renovação, as condições contratuais deverão conter a informação de que o seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

Franquias e carências

Art. 32. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão ter seus critérios previstos nas condições contratuais do plano.

Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências, se houver, deverão constar na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.

Atualização e alteração de valores

Art. 33. Deverão ser especificados os critérios de atualização e de alteração de valores relativos às operações de seguro e, quando for o caso, de recálculo, conforme regulamentação específica.

Pagamento de prêmio

Art. 34. As condições contratuais deverão prever as formas e os critérios de custeio do plano de seguro e as possíveis periodicidades de pagamento de prêmios pelos segurados e/ou pelos estipulantes.

Art. 35. Qualquer que seja a forma de pagamento adotada, a sociedade seguradora ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas, da identificação do segurado e do seguro correspondente pelo prazo indicado, em regulamentação específica, para guarda de documentos relativos ao contrato.

Parágrafo único. Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Art. 36. O prêmio de seguro poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nas condições contratuais.

§ 1º O prêmio único pode ser fracionado, caso em que não é permitida a cobrança de quaisquer valores adicionais a título de custo administrativo de fracionamento.

§ 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.

Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.

Art. 38. Quando o prêmio for periódico, caso o pagamento não seja efetuado no prazo estipulado, a sociedade seguradora poderá cancelar o seguro ou, alternativamente, de forma isolada ou combinada:

I - garantir a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, podendo haver a cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento do valor da indenização; ou

II - suspender a cobertura durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

Parágrafo único. Deverão ser especificados nas condições contratuais o prazo de tolerância e/ou de suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo.

Art. 39. No caso da suspensão prevista no inciso II do art. 38, as condições contratuais poderão prever a reabilitação do seguro em função da retomada do pagamento do prêmio, devendo ser estabelecido o critério para determinação do momento exato da reabilitação.

Art. 40. Para as coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização, as condições contratuais deverão prever o oferecimento ao segurado de pelo menos uma das opções a seguir quando configurada a falta de pagamento do prêmio, observado o disposto no art. 38:

I - cancelamento da cobertura, com a restituição integral do saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC);

II - redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do prazo de vigência (saldamento); ou

III - redução do prazo de vigência com manutenção do valor do capital segurado (seguro prolongado).

Parágrafo único. No caso de planos conjugados, deverão ser observadas adicionalmente as regras para operacionalização do instituto da comunicabilidade previstas nas condições contratuais/regulamento do plano.

Art. 41. Caso o plano preveja multa e/ou juros moratórios por atraso no pagamento do prêmio, estes deverão ser estabelecidos nas condições contratuais.

Art. 42. Os seguros que prevejam alteração de taxa, seja por reenquadramento etário ou outro critério objetivo, deverão estabelecer, de forma clara, nas condições contratuais e na nota técnica atuarial, os respectivos critérios de alteração.

Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput, incluindo valores ou percentuais, deverá constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.

Art. 43. No caso de fracionamento do prêmio único, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.

§ 1º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no caput para o caso de falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, desde que leve em consideração o prêmio já pago.

§ 2º A sociedade seguradora deverá informar tempestivamente ao segurado ou ao seu representante legal, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, as alterações ocorridas no contrato em função da falta de pagamento do prêmio, observado o critério previamente definido nas condições contratuais.

Art. 44. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, além da forma e da periodicidade de pagamento dos prêmios, deverão ser estabelecidos na proposta de

contratação, no caso de planos individuais, e na proposta de adesão, no caso de planos coletivos.

Art. 45. No caso de fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio poderão ser deduzidas do valor da indenização, excluídos os juros do fracionamento.

Resgate e portabilidade

Art. 46. Deverão constar das condições contratuais os critérios para concessão de resgate e portabilidade, incluindo eventual período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado, observada a regulação vigente.

§ 1º O pagamento do resgate deve ser efetuado por meio de transferência para conta de depósito, à vista ou poupança, ou conta de pagamento pré paga, de titularidade do segurado, até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou seu representante legal na sociedade seguradora ou à data por ele programada para a efetivação do resgate.

§ 2º A sociedade seguradora cedente dos recursos deverá efetivar a portabilidade até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou à data por ele programada para a efetivação da portabilidade.

Comunicação, regulação e liquidação de sinistros

Art. 47. Deverão ser informados os procedimentos para comunicação, regulação e liquidação de sinistros, incluindo a listagem dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

Art. 48. Deverá ser estabelecido prazo para a liquidação dos sinistros, limitado a trinta dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no art. 47.

§ 1º Deverá ser estabelecido que, no caso de solicitação de documentação complementar, na forma prevista no art. 47, o prazo de que trata o caput será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

§ 2º Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto no caput implicará aplicação de juros de mora a partir daquela data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

Art. 49. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no art. 48.

Art. 50. É vedada a inclusão de cláusula que fixe prazo máximo para a comunicação de sinistro.

Art. 51. As condições contratuais deverão prever, para cada cobertura, a data considerada como data do evento para fins de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros.

Parágrafo único. Deverão ser consideradas como data do evento para os fins determinados no caput:

I - para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente; e

II - para a cobertura de invalidez não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica

Art. 52. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à conclusão de inquérito policial.

Art. 53. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, deverão ser aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.

Art. 54. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

Art. 55. Alternativamente ao disposto no art. 54, desde que previsto nas condições contratuais e

solicitado pelo segurado ou beneficiário, o reembolso ou o pagamento de indenizações relacionadas a despesas efetuadas no exterior poderá ser liquidado em moeda estrangeira.

Reintegração

Art. 56. Deverá ser incluída cláusula que especifique se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.

Parágrafo único. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática.

Perda de direitos

Art. 57. Deverá constar das condições contratuais cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 58. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:

I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

Art. 59. Deverá constar das condições contratuais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.

§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

I - cancelar o seguro;

II - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

III - cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

§ 2º O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Beneficiários

Art. 60. Deverá ser incluída cláusula específica sobre os beneficiários do seguro.

Parágrafo único. Deverá ser definido que, na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

Art. 61. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

Elementos adicionais

Art. 62. Deverão ser estabelecidos critérios objetivos para o cancelamento, a cessação, a suspensão e a reabilitação de coberturas, quando for o caso.

Art. 63. Deverá ser incluída cláusula de rescisão contratual.

§ 1º No caso de rescisão do contrato, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.

§ 2º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no §1º deste artigo em caso de rescisão por iniciativa do segurado, desde que leve em consideração o prêmio já pago

Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais que qualquer modificação da apólice coletiva em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Art. 65. Deverá ser estabelecido que as questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

Art. 66. Em caso de inclusão de cláusula dispendo sobre violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, deverá ser observado que as situações de perda de direitos, riscos excluídos ou suspensão do pagamento da indenização, quaisquer que sejam, inclusive quando decorrentes de embargos e sanções aplicados por organismos internacionais, devem estar descritas de forma clara e objetiva, em destaque, não podendo conter referências genéricas.

CAPÍTULO III

NOTA TÉCNICA ATUARIAL

Art. 67. A nota técnica atuarial do plano de seguro, elaborada por atuário, deve conter sua estruturação técnica e manter estreita relação com as condições contratuais

§ 1º Para os planos de seguro que contenham exclusivamente coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição simples, a nota técnica atuarial do plano deverá ser mantida sob guarda da sociedade seguradora, com o devido controle de versionamento em caso de alterações, e apresentada à Susep quando solicitado ou quando previsto em regulamentação específica.

§ 2º Para os planos de seguro com coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização e/ou de repartição de capitais de cobertura, a nota técnica atuarial do plano será submetida à Susep em conjunto com as condições contratuais, na forma prevista no art. 2º, devendo conter, além do disposto no caput, a formulação dos prêmios e das provisões matemáticas, incluindo os parâmetros necessários para efetivação dos respectivos cálculos.

Art. 68. Caso seja adotada no plano tábua biométrica com atualização periódica, deverá ser utilizada, para fins de cálculo do valor dos prêmios, a versão da tábua apresentada na nota técnica atuarial durante todo o ciclo de vida do produto, independente da ocorrência de eventual atualização da tábua em momento posterior ao do registro do produto.

§ 1º Caso tenha interesse na comercialização de produtos cuja tarificação se baseie na versão atualizada da tábua, a sociedade seguradora deverá promover a alteração do produto já registrado ou o registro de novo plano.

§ 2º A alteração de produto de que trata o §1º deste artigo deverá observar o disposto no art. 2º.

CAPÍTULO IV

DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS

Invalidez

Art. 69. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

Art. 70. Para cobertura de invalidez permanente por acidente que garanta o pagamento de indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, deverão ser previstos nas condições contratuais:

I - critérios objetivos para apuração do valor da indenização;

II - critérios para apuração do valor da indenização por perda parcial no caso de não estarem abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado;

III - critérios para apuração do valor da indenização no caso da falta de indicação exata do grau de redução funcional;

IV - critérios para apuração do valor da indenização quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão;

Doenças graves e doença terminal

Art. 71. Quando do oferecimento de coberturas de doenças graves ou de doença terminal é vedada a vinculação do valor da indenização a despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.

Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas

Art. 72. É admitida a estruturação de cobertura que garanta o reembolso de despesas ou a prestação de serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos desde que decorrentes de acidente pessoal coberto.

Internação hospitalar

Art. 73. É admitida estruturação de cobertura que garanta o pagamento de indenização em caso de internação hospitalar do segurado, desde que o valor da indenização independa de eventuais despesas médicas e hospitalares decorrentes da internação.

Parágrafo único. Observado o disposto no caput, o valor da indenização poderá ser apurado de forma proporcional ao período de internação do segurado.

Disposições comuns

Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como riscos de seguro de pessoas.

Art. 75. No caso de o plano possibilitar a inclusão de segurados dependentes, as condições contratuais deverão estabelecer os critérios para tal inclusão, possíveis graus de parentesco com segurado principal, as coberturas passíveis de contratação e as situações em que se dará a cessação da cobertura de cada segurado dependente.

Art. 76. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica

§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por três membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

CAPÍTULO V

SEGUROS ESPECÍFICOS

Seguro funeral

Art. 77. O seguro funeral tem por objetivo garantir aos beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais.

Seguro prestamista

Art. 78. No seguro prestamista, o capital segurado poderá ser fixo ou variar de acordo com parâmetros objetivos relacionados à obrigação a que o seguro está atrelado.

§ 1º As condições contratuais deverão dispor sobre os possíveis critérios de estabelecimento do capital segurado, incluindo a forma de apuração do capital segurado caso este não seja fixo.

§ 2º O critério efetivamente aplicável ao seguro contratado deverá constar da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice, do bilhete e do certificado individual.

Art. 79. A formalização da contratação do seguro deve se dar por documento próprio e apartado daqueles relacionados à obrigação assumida.

Art. 80. A apólice, nos seguros individuais, o bilhete e o certificado individual deverão especificar a obrigação à qual o seguro está vinculado.

Parágrafo único. No seguro prestamista empresarial integral, na forma prevista na regulamentação em vigor, a obrigação à qual o seguro prestamista está vinculado deverá estar especificada na apólice.

Art. 81. As condições contratuais do seguro prestamista deverão dispor, além de outros elementos mínimos previstos nesta e demais regulamentações aplicáveis:

I - sobre os casos de repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação e de extinção antecipada da obrigação;

II - que é facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação;

III - as regras e critérios para os casos em que haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação;

IV - se parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto;

V - que a atualização anual do capital segurado e do respectivo prêmio ocorrerá com base em índice pactuado, nos termos da regulamentação em vigor, para as coberturas estruturadas com capital segurado fixo;

VI - o critério de recálculo do capital segurado e, quando for o caso, do respectivo prêmio, incluindo a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, para as coberturas estruturadas com capital segurado variável de acordo com parâmetros objetivos; e

VII - que na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.

Art. 82. No caso de o plano prever limite máximo de capital segurado, é vedado que haja cobrança de prêmio com critério de cálculo que tenha como base capital segurado superior a este limite.

Art. 83. Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.

Art. 84. Independentemente do critério estabelecido para fixação do capital segurado, caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.

Seguro educacional

Art. 85. As coberturas do seguro educacional visam auxiliar o custeio das despesas com educação dos beneficiários em razão da ocorrência dos eventos cobertos.

§ 1º As coberturas de que trata o caput poderão estar relacionadas a quaisquer riscos de seguro de pessoas.

§ 2º As condições contratuais deverão explicitar, de forma clara, as eventuais consequências decorrentes da possibilidade de descasamento entre os critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.

Art. 86. As condições contratuais deverão estabelecer se a indenização será paga diretamente à instituição de ensino.

Parágrafo único. Nos seguros contributários deverá ser garantida a possibilidade de substituição do estabelecimento de ensino que recebe diretamente a indenização.

Seguro viagem

Art. 87. O seguro viagem tem por objetivo garantir, aos segurados ou seus beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.

Art. 88. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas (DMHO) em viagem consiste na indenização, na forma prevista nas condições contratuais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem.

§ 1º Em caso de viagem internacional, o seguro viagem deve estar vinculado ao oferecimento, no mínimo, da cobertura de DMHO em viagem.

§ 2º É vedada a estruturação de cobertura de DMHO em viagem internacional que cubra exclusivamente eventos ocasionados por acidentes pessoais.

§ 3º A cobertura de DMHO em viagem internacional deve cobrir, até o limite do capital segurado contratado, as despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, decorrentes de episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência.

§ 4º Quando a forma de indenização da cobertura de DMHO em viagem internacional se der exclusivamente por meio de rede referenciada, deverá ser garantido ao segurado, em caso de emergência ou urgência, a possibilidade de reembolso de despesas incorridas fora da rede referenciada do plano de seguro relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita a transferência para estabelecimento constante da rede referenciada.

§ 5º Para efeito do disposto neste artigo, considera-se:

I - emergência: situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e

II - urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.

Art. 89. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação à vigência e às coberturas do seguro, da impossibilidade do retorno do segurado, em razão de evento coberto, ao seu domicílio antes do final de vigência das coberturas contratadas.

Art. 90. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação ao seguro originalmente contratado, do regresso antecipado do segurado.

CAPÍTULO VI

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 91. Os planos de seguros de pessoas registrados na Susep antes do início de vigência desta Circular, e que não estejam em conformidade com suas disposições, deverão ser adaptados à presente norma em até duzentos e setenta dias após sua entrada em vigor, sob pena de aplicação das penalidades

cabíveis.

Art. 92. Os planos de seguro registrados ou alterados na Susep a partir do início de vigência desta Circular deverão obedecer aos critérios nela definidos.

Art. 93. A Susep poderá, no exercício de suas competências legais, analisar e supervisionar os documentos relacionados aos contratos de seguros de pessoas, podendo inclusive determinar, se necessário e de forma fundamentada, alterações e suspensão dos planos de seguro.

Art. 94. Ficam revogados:

I - a Circular Susep nº 302, de 20 de setembro de 2005;

II - a Circular Susep nº 316, de 12 de janeiro de 2006;

III - a Circular Susep nº 317, de 16 de janeiro de 2006;

IV - a Circular Susep nº 516, de 3 de julho de 2015;

V - o Capítulo II da Circular Susep nº 535, de 28 de abril de 2016;

VI - a Carta Circular Susep/DETEC nº 8, de 18 de outubro de 2007;

VII - a Carta Circular SUSEP/DETEC/GAB/nº 01, de 17 de junho de 2009; e

VIII - a Carta Circular Susep/CGPRO nº 2, de 14 de abril de 2011.

Art. 95. Esta Circular entra em vigor em 1º de agosto de 2022.