



**MINISTÉRIO DA FAZENDA
CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS**

RESOLUÇÃO CNSP Nº 117, DE 2004.

Altera e consolida as regras de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências.

A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, no uso da atribuição que lhe confere o art. 34, inciso XI, do Decreto nº 60.459, de 13 de março de 1967, e considerando o que consta no processo CNSP nº 7, de 3 de dezembro de 2004 e processo SUSEP nº 15414.001330/2003-89, torna público que o **CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS - CNSP**, em sessão ordinária realizada em 17 de dezembro de 2004, e com fulcro no disposto no art. 32, inciso II, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966,

RESOLVEU:

Art. 1º Alterar e consolidar as regras de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas.

Parágrafo único. As disposições desta Resolução aplicam-se, no que couber, aos planos de seguros comercializados por meio de bilhete.

**TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS**

Art. 2º As disposições desta Resolução aplicam-se às coberturas de risco, e devem ser implementadas, de imediato, às apólices renovadas ou emitidas a partir do início de vigência desta Resolução.

Parágrafo único. No caso de planos coletivos, o disposto no “caput” deste artigo aplica-se a todos os segurados que subscreverem propostas a partir do início de vigência desta Resolução.

Art. 3º Qualquer alteração nas condições gerais, nas condições especiais ou na nota técnica atuarial do plano de seguro deverá, previamente à respectiva comercialização, ser encaminhada à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, para análise e arquivamento.

§ 1º A alteração de que trata o “caput” se aplica a todas as apólices, coletivas ou individuais, celebradas ou renovadas a partir do respectivo encaminhamento à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

§ 2º No caso de planos coletivos, o disposto no parágrafo anterior aplica-se a todos os segurados que subscreverem propostas a partir do encaminhamento da alteração à SUSEP.

Art. 4º Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

TÍTULO II DAS DEFINIÇÕES

Art. 5º Considerar-se-ão, para efeitos desta Resolução, os conceitos abaixo:

I - acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo.

II – apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos;

III – assistido: beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

IV – beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

V – capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro;

VI – carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

VII – certificado individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

VIII – coberturas de risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada;

IX – comunicabilidade: instituto que, na forma regulada pela SUSEP, permite a utilização de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, referente à cobertura por sobrevivência, para custeio de cobertura (ou coberturas) de risco, inclusive o valor de impostos e do carregamento, quando for o caso;

X – condições contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

XI - condições gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;

XII - condições especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

XIII – contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

XIV - consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

XV - estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio;

XVI - excedente técnico: saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;

XVII - fator de cálculo: resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável sob a forma de renda;

XVIII – grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

XIX – grupo segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

XX - início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

XXI - migração de apólices: a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

XII - nota técnica atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

XXIII - parâmetros técnicos: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso;

XXIV – período de cobertura: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados ;

XXV – plano conjugado: plano que, no momento da contratação e na forma da regulação específica, preveja cobertura por sobrevivência e cobertura (ou coberturas) de risco, com o instituto da comunicabilidade;

XXVI – portabilidade: instituto que permite ao segurado, antes da ocorrência do sinistro, a movimentação de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder;

XXVII – prazo de carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

XXVIII - prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

XXIX – prêmio comercial: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;XXX– prêmio puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

XXXI – proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

XXXII - proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

XXXIII - proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

XXXIV – renda: série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano;

XXXV– resgate: instituto que permite ao segurado, antes da ocorrência do sinistro, o resgate de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder;

XXXVI – riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

XXXVII – saldamento: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios;

XXXVIII – segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

XXXIX – seguro de pessoas com capital global: modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado;

XL – seguro prolongado: direito à manutenção temporária da cobertura, com o mesmo capital segurado contratado, na eventualidade de ocorrer a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios; e

XLI – sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

XLII – “vesting”: conjunto de cláusulas constantes do contrato, que o segurado, tendo expresso e prévio conhecimento, é obrigado a cumprir para que lhe possam ser oferecidos e postos a sua disposição os recursos da provisão (ou provisões) decorrente dos prêmios pagos pelo estipulante.

TÍTULO III DAS CARACTERÍSTICAS

CAPÍTULO I DOS CAPITAIS SEGURADOS

Art. 6º O capital segurado, de acordo com o plano de seguro contratado, será pago sob a forma de renda ou de pagamento único.

Parágrafo único. É vedada a estruturação de seguro de pessoas com capital global em que o segurado seja responsável pelo custeio do prêmio, total ou parcialmente.

CAPÍTULO II DA MODALIDADE

Art. 7º As coberturas de que trata esta Resolução deverão ser estruturadas na modalidade de benefício definido, segundo a qual os valores do capital segurado, pagável de uma única vez ou sob a forma de renda, e respectivos prêmios, são estabelecidos, previamente, na proposta de contratação, nos planos individuais, ou na proposta de adesão, nos planos coletivos.

CAPÍTULO III DOS REGIMES FINANCEIROS

Art. 8º Serão admitidos os seguintes regimes financeiros:

I – capitalização: para capitais segurados pagáveis de uma única vez ou sob a forma de renda;

II – repartição de capitais de cobertura: para capitais segurados pagáveis sob a forma de renda; e

III – repartição simples: para capitais segurados pagáveis de uma única vez.

CAPÍTULO IV DOS PARÂMETROS TÉCNICOS

Seção I Da Taxa de Juros

Art. 9º A taxa de juros, para fins de remuneração, deverá respeitar o limite fixado pela SUSEP, observado o máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

Seção II Da Atualização de Valores

Art. 10. Deverá ser estabelecido critério de atualização de valores, observada a legislação e regulação específica em vigor.

Seção III Das Tábuas Biométricas e das Taxas

Art. 11. As tábuas biométricas referenciais serão as seguintes:

I – sobrevivência: AT-83 (male), como limite máximo de taxa de mortalidade;

II – mortalidade: AT-83 (male), como limite mínimo de taxa de mortalidade;

III - entrada em invalidez: Álvaro Vindas, como limite mínimo de taxa de entrada em invalidez; e

IV – mortalidade de inválidos: experiência IAPC, como limite máximo de taxa de mortalidade.

Parágrafo único. Respeitado o limite estabelecido neste artigo, outras tábuas biométricas poderão ser utilizadas, desde que reconhecidas pelo Instituto Brasileiro de Atuária – IBA.

Art. 12. Na forma e nos termos aprovados pela SUSEP, outras tábuas ou taxas, cuja adequação técnica seja devidamente comprovada, que não atendam aos limites previstos neste artigo, poderão ser utilizadas.

Art. 13. Para os regimes financeiros de repartição admite-se a utilização de taxa com base na experiência própria, desde que haja justificativa técnica firmada por atuário habilitado, com menção expressa na nota técnica atuarial dos critérios utilizados para apuração da referida taxa.

Seção IV Dos Resultados Financeiros

Art. 14. É facultada a previsão de reversão de resultados financeiros.

Parágrafo único. Aplicar-se-ão, durante o período de reversão de resultados financeiros, as normas que regulam o cálculo e a reversão de resultados financeiros, excedentes ou déficits, em planos de seguro que ofereçam cobertura por sobrevivência.

Seção V Da Reversão de Excedente Técnico

Art. 15. Exclusivamente nos planos coletivos, a apólice poderá prever reversão de excedente técnico, observada a regulação expedida pela SUSEP.

Art. 16. O critério de apuração e de distribuição do excedente técnico da apólice deverão constar nas condições gerais, na nota técnica atuarial e no contrato.

Parágrafo único. O percentual (ou percentuais) de reversão de excedente técnico deverá constar na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.

TÍTULO IV DA CONTRATAÇÃO DO PLANO DE SEGURO

CAPÍTULO I DA CONTRATAÇÃO

Art. 17. As coberturas de que trata esta Resolução poderão ser contratadas de forma individual ou coletiva.

§ 1º A contratação deverá ser efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação e, nos planos coletivos, a adesão à apólice pelos proponentes deverá ser precedida do preenchimento de proposta de adesão.

§ 2º O preenchimento de proposta de adesão não é obrigatório no caso de seguro de pessoas com capital global.

Art. 18. A contratação coletiva se destina a garantir coberturas para grupos de pessoas que, de qualquer modo, se vinculem ao estipulante.

Parágrafo único. O vínculo de que trata o “caput” deverá estar, de forma clara e objetiva, definido no contrato.

Art. 19. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da sociedade seguradora.

Parágrafo único. Quando o plano de seguro for contratado com previsão de consignação em folha, na forma do "caput", as respectivas condições gerais deverão contemplar dispositivo determinando que a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Art. 20. O plano coletivo deverá estar disponível a todos os componentes do grupo que atendam às condições previstas para o ingresso, conforme estabelecido no contrato.

Parágrafo único. A adesão ao plano coletivo é facultativa, podendo ser admitidos, como segurados, desde que previsto pelo plano, o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), os filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do componente do grupo, ou outros membros da família.

Art. 21. No caso de recepção de grupo de segurados e assistidos, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente ou doença.

Parágrafo único. Na hipótese de migração de apólices, poderão ser estendidas à nova sociedade seguradora as condições gerais, as condições especiais, o contrato e a nota técnica atuarial, mediante autorização da SUSEP, na forma da regulação específica.

CAPÍTULO II DO PRAZO DE CARÊNCIA

Art. 22. O plano de seguro poderá estabelecer prazo de carência, respeitado o limite de dois anos e o disposto neste capítulo.

§ 1º O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

§ 2º A carência a que se refere este artigo poderá, a critério da sociedade seguradora, ser reduzida ou substituída por declaração pessoal de saúde ou de atividade e/ou exame médico.

Art. 23. O prazo de carência, quando previsto pelo plano de seguro, deverá:

I – no caso de planos individuais: ser fixado na proposta de contratação, condições gerais e nota técnica atuarial; e

II – no caso de planos coletivos: ser fixado no contrato, na proposta de contratação e na proposta de adesão, com expressa menção de sua existência nas condições gerais e na nota técnica atuarial.

Art. 24. O prazo de carência poderá ser aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência, desde que assim conste das condições gerais.

Art. 25. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

Art. 26. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Art. 27. No caso de migração de apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

CAPÍTULO III DA VIGÊNCIA DA APÓLICE E DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

Art. 28. Deverão ser especificados na apólice, no certificado individual e nas propostas o início e o final da vigência das coberturas contratadas, observada a regulação em vigor.

§1º O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da respectiva apólice coletiva.

§2º No caso de não renovação da apólice coletiva, as condições contratuais deverão ter sua vigência estendida, pelo estipulante e pela seguradora, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

CAPÍTULO IV DA FRANQUIA

Art. 29. O plano de seguro poderá estabelecer franquias na forma prevista em regulação expedida pela SUSEP.

Parágrafo único. Não poderá ser estabelecida franquias para as coberturas de morte e invalidez permanente.

CAPÍTULO V DA RENOVAÇÃO DA APÓLICE

Art. 30. As apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, desde que haja previsão expressa nas condições gerais do respectivo plano, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

Parágrafo único. A renovação automática a que se refere o “caput” não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.

Art. 31. A renovação expressa da apólice coletiva que não implicar em ônus ou dever para os segurados poderá ser feita pelo estipulante.

TÍTULO V DO CUSTEIO

CAPÍTULO I DOS PRÊMIOS

Seção I Das Disposições Gerais

Art. 32. As condições gerais e a nota técnica atuarial deverão prever as formas e os critérios de custeio do plano e as possíveis periodicidades de pagamento de prêmios pelos segurados e/ou pelos estipulantes.

Parágrafo único. A periodicidade e o custeio a que se refere o “caput” será definida, no caso de contratação individual, nas condições gerais e na nota técnica atuarial e, no caso de contratação coletiva, no contrato.

Seção II Das Disposições Específicas da Contratação Coletiva

Art. 33. O prêmio, quando pago, total ou parcialmente, pelo estipulante deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, segurado a segurado.

Art. 34. A sociedade seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

§ 1º É expressamente vedado o recolhimento, a título de prêmio de seguro, de qualquer valor que exceda o calculado pela sociedade seguradora, destinado ao custeio do plano.

§ 2º Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

Art. 35. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade da cobertura.

CAPÍTULO II DO CARREGAMENTO

Art. 36. Será estabelecido carregamento sobre o valor dos prêmios comerciais, para fazer face às despesas administrativas e de comercialização, ficando vedada a cobrança de inscrição ou quaisquer outros encargos ou comissões adicionais incidentes sobre o valor dos prêmios.

Art. 37. O critério e a forma de cobrança do carregamento deverão constar da nota técnica atuarial.

§ 1º O carregamento praticado deverá constar, no caso de planos individuais, da nota técnica atuarial, e no caso de planos coletivos, do contrato.

§ 2º Nos planos coletivos, o carregamento máximo deverá constar da nota técnica atuarial.

Art. 38. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da apólice, ficando sua redução a critério da sociedade seguradora.

Parágrafo único. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo “caput”, o novo valor deverá ser estendido a todos os segurados do plano individual ou sujeitos à mesma apólice coletiva.

Art. 39. Ressalvado o disposto no art. 38 desta norma, quaisquer alterações no critério, na forma de cobrança ou no valor do carregamento dispostos na nota técnica atuarial devem ser submetidas previamente à SUSEP, podendo ser aplicadas somente para apólices comercializadas ou renovadas posteriormente à data de submissão.

TÍTULO VI DAS PROVISÕES E DOS VALORES GARANTIDOS

CAPÍTULO I DAS PROVISÕES

Art. 40. A sociedade seguradora constituirá, mensalmente, provisões calculadas de acordo com as respectivas notas técnicas atuariais, observadas as disposições desta Resolução e demais normas legais e regulamentares em vigor.

CAPÍTULO II DO RESGATE

Art. 41. Exclusivamente nos planos estruturados no regime financeiro de capitalização, antes da ocorrência do sinistro, e desde que expressamente previsto nas condições gerais, será permitido ao segurado o resgate dos recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, observada a regulação vigente.

Parágrafo único. É facultado à sociedade seguradora estabelecer nas condições gerais período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado para resgates, observada a regulação vigente.

CAPÍTULO III DO SALDAMENTO E DO SEGURO PROLONGADO

Art. 42. Exclusivamente nos planos estruturados no regime financeiro de capitalização, antes da ocorrência do sinistro e desde que expressamente prevista nas condições gerais, será admitida a opção pelo saldamento ou seguro prolongado, observada regulação vigente.

§1º O saldamento e o seguro prolongado deverão manter as principais características da cobertura originalmente contratada.

§ 2º Facultar-se-á a utilização de tábua biométrica distinta para cálculo do seguro prolongado, desde que prevista na nota técnica atuarial.

CAPÍTULO IV DA PORTABILIDADE

Art. 43. Exclusivamente nos planos estruturados no regime financeiro de capitalização, antes da ocorrência do sinistro, e desde que expressamente previsto nas condições gerais, será permitido ao segurado portar os recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, observada regulação vigente.

§ 1º É facultado à sociedade seguradora estabelecer nas condições gerais período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado para portabilidade, observada a regulação vigente.

§ 2º Os recursos financeiros deverão ser movimentados diretamente entre as sociedades seguradoras, ficando vedado que transitem, de qualquer forma, pelo segurado ou pelo estipulante.

Art. 44. A sociedade seguradora receptora dos recursos não poderá cobrar carregamento sobre o montante portado.

Art. 45. Não será permitida à sociedade seguradora cedente dos recursos a cobrança de quaisquer despesas, salvo as relativas às tarifas bancárias necessárias à portabilidade.

CAPÍTULO V DA COMUNICABILIDADE

Art. 46. A comunicabilidade deverá estar prevista para caracterizar o plano conjugado e de forma a permitir o custeio de cobertura (ou coberturas) de risco, mediante a utilização de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, referente à cobertura por sobrevivência.

CAPÍTULO VI DAS DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS DA CONTRATAÇÃO COLETIVA

Art. 47. Em caso de perda de vínculo com o estipulante, desde que haja concordância expressa deste, o segurado poderá ser mantido no plano, assumindo, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

Art. 48. Nas hipóteses de perda de vínculo ou cancelamento de contrato, em plano estruturado no regime financeiro de capitalização, deverá ser oferecida ao segurado a possibilidade de portar seus recursos para outra sociedade seguradora, independentemente de eventual período de carência para portabilidade estabelecido nas condições gerais.

Art. 49. Exclusivamente nos planos estruturados no regime financeiro de capitalização, no caso de desligamento do segurado, sem o cumprimento das cláusulas do contrato que regem o "vesting", os recursos de provisão originados de prêmios pagos pelo estipulante-instituidor poderão, a critério deste, reverter em favor do próprio segurado, ou do grupo de segurados remanescentes, conforme definido no contrato.

TÍTULO VII DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Art. 50. Os procedimentos e o prazo para liquidação de sinistros deverão constar das condições gerais, com especificação dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada tipo de cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

§ 1º O prazo para a liquidação dos sinistros de que trata o caput será de no máximo 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos nas condições gerais, ressalvado o disposto no parágrafo 2º deste artigo.

§ 2º Deverá ser estabelecido que no caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, na forma prevista no “caput” deste artigo, o prazo de que trata o parágrafo anterior será suspenso, reiniciando sua contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

§ 3º Deverá ser estabelecido que o não pagamento do capital segurado no prazo previsto nos parágrafos 1º e 2º deste artigo, implicará aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

Art. 51. São vedadas, nas condições contratuais, cláusulas que estabeleçam prazo prescricional para o aviso de sinistro, salvo disposição contrária específica para determinada cobertura (ou coberturas) regulada pela SUSEP.

Art. 52. Na cláusula correspondente à liquidação de sinistros, o plano de seguro poderá admitir as hipóteses de substituição do pagamento do capital segurado em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

TÍTULO VIII DA PUBLICIDADE E PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

CAPÍTULO I DA PUBLICIDADE

Art. 53. As condições restritivas à cobertura deverão ser informadas em destaque, ou seja, com a utilização de tipo gráfico distinto das demais disposições contratuais, e em linguagem de fácil compreensão, permitindo seu imediato e amplo entendimento.

CAPÍTULO II DA PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES

Art. 54. Observada regulação complementar e respeitado o disposto no art. 4º desta Resolução, a sociedade seguradora deverá:

I – pôr à disposição e remeter ao segurado as informações necessárias ao acompanhamento dos respectivos valores do plano;

II - prestar informações ao segurado, sempre que solicitadas; e

III - divulgar, ampla e imediatamente, qualquer ato ou fato relevante relativo ao plano.

Parágrafo único. Faculta-se, no caso das apólices de seguro de pessoas com capital global, a observância do critério disposto no inciso I deste artigo, exclusivamente, no que se refere à disponibilização das informações aos segurados.

TÍTULO IX DOS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

CAPÍTULO I DAS PROPOSTAS DE CONTRATAÇÃO E DE ADESÃO

Art. 55. A sociedade seguradora somente poderá aceitar o protocolo de proposta preenchida, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

Parágrafo único. A sociedade seguradora deverá ter a comprovação da data de protocolo da proposta de cada proponente.

Art. 56. A aceitação da proposta, bem como a sua recusa, dar-se-á nos prazos e nas formas regulados pela SUSEP.

Art. 57. As propostas deverão discriminar a forma e o critério de custeio de cada cobertura.

Parágrafo único. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, nos planos individuais, e na proposta de adesão, nos planos coletivos.

CAPÍTULO II DA APÓLICE E DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

Art. 58. No caso de ser a proposta aceita pela sociedade seguradora, será emitida e enviada a apólice ao segurado, nos planos individuais, e ao estipulante, nos planos coletivos, no prazo e na forma regulados pela SUSEP.

§1º Nos planos coletivos, deverá ser emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão e da renovação, no prazo e na forma regulados pela SUSEP.

§ 2º A emissão do certificado individual não é obrigatória no caso de seguro de pessoas com capital global.

CAPÍTULO III DAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS

Art. 59. Não poderão constar das condições gerais ou especiais cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, impostas, incompatíveis com a boa-fé e com a equidade ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem, ou que contrariem a regulação em vigor.

Art. 60. As cláusulas que impliquem limitação de direito do segurado, beneficiário ou assistido deverão ser redigidas em destaque, ou seja, com a utilização de tipo gráfico distinto das demais disposições contratuais, e em linguagem de fácil compreensão, permitindo seu imediato e amplo entendimento.

Art. 61. Os critérios para fixação do carregamento e apuração dos percentuais de reversão de resultados financeiros, excedentes técnicos e de gestão financeira, quando previstos, e os prazos e períodos de carência adotados, devem ser idênticos para os segurados de um mesmo plano.

Parágrafo único. Nos planos coletivos, as disposições de que trata o "caput" aplicam-se aos segurados sujeitos ao mesmo contrato.

Art. 62. Deverão ser especificados, nas condições gerais ou especiais, os riscos cobertos e excluídos de cada cobertura.

Art. 63. As condições gerais, especiais e o contrato deverão estar à disposição do proponente no momento da contratação e da adesão à apólice.

CAPÍTULO IV DO CONTRATO

Art. 64. A contratação coletiva deverá ser celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da sociedade seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com o segurado, beneficiário e assistido, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

Parágrafo único. O contrato deverá estabelecer a obrigatoriedade de a sociedade seguradora prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

Art. 65. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela sociedade seguradora da respectiva proposta de adesão e conseqüente adesão ao contrato, observado o disposto no §2º do art.17 desta Resolução.

§ 1º Para a aceitação de que trata o "caput", poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.

§ 2º A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela sociedade seguradora.

Art. 66. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o estipulante e a sociedade seguradora, bem como constar informação de que qualquer alteração nas condições contratuais, que implicar em ônus ou dever para os segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Art. 67. Não poderão constar do contrato cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, impostas, incompatíveis com a boa-fé e com a equidade, ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem ou que contrariem a regulação em vigor.

TÍTULO X
DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 68. O descumprimento do disposto nesta Resolução sujeita as sociedades seguradoras e seus administradores às medidas e sanções legais e regulamentares previstas nas normas vigentes, representando inclusive, quando cabível, crime contra a economia popular, nos termos da lei.

Art. 69. Aos casos não previstos nesta Resolução aplicam-se as disposições legais e regulamentares em vigor.

Art. 70. Revogam-se as Resoluções CNSP n^{os} 4, de 11 de maio de 1981, 10 de 2 de setembro de 1981, 11, de 3 de outubro de 1988, 19 de 20 de dezembro de 1988 e 25, de 22 de dezembro de 1994.

Art. 71. Esta Resolução entrará em vigor em 1^o de julho de 2005.

Rio de Janeiro, 22 de dezembro de 2004.

RENÊ GARCIA JUNIOR
Superintendente da Superintendência de Seguros Privados