



CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS

RESOLUÇÃO CNSP Nº 011/76

O CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS (CNSP), em reunião plenária de 21 de maio de 1976, usando das atribuições que lhe confere o art. 32 do Decreto-lei nº 73, de 21.11.66, e tendo em vista as razões constantes do processo CNSP-009/71-E,

RESOLVE:

I – Delegar à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) competência para, nos termos desta Resolução, conceder autorização às sociedades seguradoras nacionais do ramo vida para operarem na modalidade de seguros denominada “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” e baixar os demais atos necessários à implantação do seguro em referência.

II- O seguro de “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” dará cobertura aos riscos de assistência médica e hospitalar decorrentes de danos involuntários à saúde.

III – A garantia do seguro de “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” consistirá na concessão do suporte financeiro aos seguros, para custearem as despesas incorridas com a assistência médica e/ou hospitalar, para si e seus dependentes.

IV – Os contratos de seguro poderão garantir o reembolso, ao segurado, dos pagamentos por ele efetuados a terceiros, pessoas físicas ou jurídicas, pela prestação de serviços de assistência médica e/ou hospitalar, para si e seus dependentes, como, também, poderão garantir o pagamento efetuado pela sociedade seguradora, diretamente à pessoa física ou jurídica prestante do serviço de assistência médica e/ou hospitalar coberto pela apólice.

V – O reembolso e/ou o pagamento das despesas de assistência médica e/ou hospitalar dependerão da apresentação da documentação médico-hospitalar que possibilite a comprovação do sinistro.

VI – A livre escolha de médico e hospital é condição obrigatória nos contratos de seguros do “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar”.

VII – É vedada às sociedades seguradoras a prestação direta de serviços de assistência médica e/ou hospitalar através de profissionais médicos ou estabelecimentos hospitalares contratados.

VIII – O seguro de “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” poderá ser contratado na base do valor total máximo da indenização por ano de vigência do contrato, ou na de tabela de valores segurados por evento, ou, ainda, em ambas as bases.

- 1º) No caso de seguros contratados na base de tabela, serão tomados por padrão os valores fixados pelo Instituto Nacional de Previdência Social para honorários médicos e/ou despesas hospitalares, podendo a apólice estabelecer valores segurados equivalentes a múltiplos desses valores-padrão.
- 2º) No caso de apólices contratadas pelo valor máximo total de indenização anual poderão ser estabelecidos, ou não, limites máximos de indenização por evento.
- 3º) As apólices do tipo misto estabelecerão tabela máxima de reembolso por evento e também limite máximo anual, total, de indenização.

IX – Em todos os tipos de apólices será admitida a fixação de franquias contratuais, dedutíveis ou percentuais, ou, ainda, de ambas.

- 1º) As franquias dedutíveis serão fixadas por evento ou pelo total de despesas a serem reembolsadas por exercício.
- 2º) As franquias percentuais serão fixadas por evento.

X – Entende-se por franquia dedutível o valor fixo, em cruzeiros, que será deduzido de cada indenização, no caso de apólices emitidas na base de tabela por evento ou, no caso de apólices por valor total de indenização anual, o valor piso, a partir do qual a seguradora passará a indenizar o segurado pelas despesas incorridas.

XI – Por franquia percentual entende-se a percentagem das despesas que serão reembolsadas por evento qualquer que seja o tipo de contrato.

XII – Por evento entende-se todo o conjunto de ocorrências e/ou serviços de assistência médico-hospitalar que tenham por origem ou causa o mesmo dano involuntário à saúde do segurado ou de seus dependentes, O evento se inicia com a comprovação médica da ocorrência do dano e termina com a alta médica concedida ao paciente.

XIII – Os contratos de seguros de “Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” poderão ser individuais ou grupais.

- 1º) Os prêmios dos seguros grupais serão arrecadados por meio de cobrança bancária, mediante a emissão, pelas sociedades seguradoras, de faturas mensais.

- 2º) Os prêmios de seguros individuais serão cobrados individuais serão cobrados por via bancária, mediante a emissão de nota de seguro, permitindo-se, no caso de seguros individuais de pagamento mensal, o pagamento em banco, por meio de carnês ou de 12 (doze) notas de seguro.

XIV – A modalidade “Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar” será operada pelas sociedades seguradoras nacionais do ramo vida autorizadas pela SUSEP.

XV – São condições mínimas que deverão ser satisfeitas pela sociedades interessadas, para obtenção da autorização para operar na modalidade “Seguro de Reembolso de Assistência Médica e/ou Hospitalar”:

- a) Depósito especial, em banco comercial, com vínculo à SUSEP, em garantia das operações de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar, de 10.000 (dez mil) ORTNs ou o equivalente ao seu valor nominal em cruzeiros em LTNs ou em depósitos a prazo fixo com ou sem emissão de certificados;
- b) Ativo líquido não inferior a Cr\$ 20.000.000,00 (vinte milhões de cruzeiros);
- c) Limite técnico (LT) para operação na modalidade, não inferior a Cr\$ 100.000,00 (cem mil cruzeiros), aplicando-se, no caso, o mesmo conceito de LT utilizado no ramo de Acidentes Pessoais.

XVI – Para obtenção da autorização, a Sociedade deverá dirigir requerimento à SUSEP, acompanhado de:

- a) prova de ter satisfeito as exigências do inciso anterior;
- b) plano técnico-atuarial, tarifas e condições de apólices que pretende adotar;
- c) demonstração de capacidade técnica suficiente, conforme critérios da SUSEP.

XVII – Durante os 24 (vinte e quatro) meses iniciais de operação, a sociedade seguradora deverá comprovar mensalmente a existência do depósito especial à ordem da SUSEP, equivalente, no mínimo, ao maior entre os dois valores seguintes:

- a) depósito inicial de 10.000 (dez mil) ORTNs, ou o equivalente ao seu valor nominal em cruzeiros em LTNs ou em depósito a prazo fixo, com ou sem emissão de certificado;
- b) 10% (dez por cento) da receita bruta de prêmios do “Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar”, arrecadados nos últimos 24 (vinte e quatro) meses.

XIII – É facultativo o resseguro na modalidade do “Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médica e/ou Hospitalar”, para valores segurados que não excedam o Limite Técnico (LT) da sociedade.

XIX – O Instituto de Resseguros do Brasil poderá fixar quota de resseguro de catástrofe, obrigatório, cuja taxa não poderá ultrapassar a 5% (cinco por cento) dos prêmios arrecadados pela sociedade no período.

XX – Os casos não previstos na presente Resolução serão regulados pelo C.N.S.P.

Rio de Janeiro, 21 de maio de 1976.

SEVERO FAGUNDES GOMES
Presidente do CNSP