



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Superintendência de Seguros Privados

CIRCULAR SUSEP Nº 302, de 19 de setembro de 2005.

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

O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, na forma do art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, e tendo em vista o que consta do Processo SUSEP nº 15414.000608/2005-62,

R E S O L V E :

CAPÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS

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

Parágrafo único. Para efeito desta Circular, define-se como indenização o valor a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Art. 2º As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

Art. 3º Além das disposições desta Circular, as condições contratuais e demais operações de seguro de pessoas deverão observar a legislação e a regulamentação específica em vigor, aplicáveis a cada matéria.

CAPÍTULO II DOS RISCOS COBERTOS

Seção I Das Disposições Comuns

Art. 4º As coberturas do seguro de pessoas podem ser divididas em básicas e adicionais.

Parágrafo único. O seguro deve abranger pelo menos uma das coberturas básicas, quando adotada a estruturação de coberturas básicas e adicionais.

Art. 5º A invalidez permanente prevista nas coberturas mencionadas nas Seções III, IV e V deste Capítulo deve ser comprovada através de declaração médica.

Parágrafo único. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam as Seções III, IV e V deste Capítulo.

Art. 6º No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (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 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, 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, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Art. 7º O ressarcimento das 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 cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

Art. 8º Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

Art. 9º É vedado o oferecimento de cobertura em que o pagamento da indenização esteja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.

Seção II

Da Cobertura de Morte

Art. 10. A denominação de qualquer plano de seguro como de vida, exceto quando prevista a cobertura por sobrevivência, está condicionado ao oferecimento da cobertura de morte por causas naturais e acidentais.

Seção III

Da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente

Art. 11. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma 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.

Art. 12. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

§ 1º Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

§ 2º Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

§ 3º Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

§ 4º Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

§ 5º Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

§ 6º Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

§ 7º A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

Art. 13. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

Art. 14. É facultada a estruturação de plano de seguro que garanta cobertura de invalidez permanente total por acidente.

Seção IV

Da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

Art. 15. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, conseqüente de doença.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

§ 2º Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

§ 3º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

§ 4º Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.

Art. 16. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.

§ 1º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no *caput* deste artigo, o segurado poderá ser automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

§ 2º No caso do segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura de que trata o *caput* deste artigo será reintegrado.

§ 3º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no *caput* deste artigo, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

Seção V

Da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.

§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

§ 2º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Art. 18. Aplica-se à cobertura de que trata este artigo o disposto no art. 16 desta Circular.

Seção VI Da Cobertura de Diárias por Incapacidade

Art. 19. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

§ 1º A incapacidade de que trata o *caput* é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

§ 2º O período de franquia de que trata o *caput* deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

Seção VII Da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

Art. 20. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

§ 1º Não estão abrangidas na cobertura descrita no *caput* as despesas decorrentes de:

I – estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.

II – aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

§ 2º Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

§ 3º As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.

Seção VIII

Da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar

Art. 21. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e/ou especiais.

§ 1º O período de franquia de que trata o *caput* deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

§ 2º O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.

§ 3º É vedada a comercialização de cobertura relacionada, exclusivamente, a despesas hospitalares de forma distinta da tratada neste artigo.

Seção IX

Da Cobertura de Doenças Graves

Art. 22. A cobertura de doenças graves garante o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas condições gerais e/ou especiais do plano de seguro, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.

Seção X

Do Seguro Educacional

Art. 23. O seguro educacional visa auxiliar o custeio das despesas com educação do(s) beneficiário(s), em razão da ocorrência dos eventos cobertos.

§ 1º É vedada a utilização da terminologia "Garantia de Custeio Educacional" na designação do seguro referido no *caput*, devendo suas condições gerais explicitar, de forma clara, as restrições de cobertura decorrentes da possibilidade de diferenciação nos critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.

§ 2º Não se incluem na modalidade educacional os seguros de acidentes pessoais que visem, exclusivamente, à cobertura de acidentes dos educandos durante a permanência no estabelecimento de ensino ou em seu trajeto.

Art. 24. O seguro educacional deverá conter condições gerais especialmente elaboradas para o produto.

Art. 25. O beneficiário desta modalidade de seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.

Art. 26. O plano poderá ser estruturado com quaisquer coberturas de risco de seguro de pessoas.

§ 1º Quando o educando for responsável pelo pagamento das mensalidades escolares, não poderão ser oferecidas coberturas para riscos que impeçam o educando de estudar.

§ 2º O pagamento da indenização relativo às coberturas de perda de renda e invalidez temporária fica limitado ao período estabelecido nas condições contratuais, havendo reintegração do capital segurado após o retorno às atividades laborativas, no caso de perda de renda, ou após alta médica definitiva, no caso de invalidez temporária.

Art. 27. O capital segurado deve ser estabelecido para auxiliar o pagamento das mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, de outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.

Art. 28. O pagamento da indenização poderá ser contratado de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.

§ 1º É vedado o pagamento de indenização de forma única, excetuando-se os seguintes casos:

I – quando o capital segurado se restrinja ao último ano letivo do período contratado;

II – quando o pagamento da indenização se refira:

a) à invalidez do educando;

b) à concessão de um dote ao final do período de formação;

c) às despesas escolares do ano de referência.

§ 2º Faculta-se a previsão contratual de suspensão do pagamento da indenização decorrente de descontinuidade dos estudos, sem perda de direito dos valores indenizáveis e de sua respectiva atualização monetária, uma vez caracterizado o evento coberto.

Art. 29. O pagamento periódico da indenização referente exclusivamente às mensalidades escolares pode ser realizado diretamente ao estabelecimento de ensino, desde que haja prévia anuência do responsável pelo educando, ou deste último quando maior, a ser firmada periodicamente.

Parágrafo único. A periodicidade do pagamento da indenização e da anuência a que se refere o *caput* deve ser, no máximo, semestral.

Seção XI **Do Seguro de Viagem**

Art. 30. O seguro de viagem tem por objetivo garantir aos segurados, durante período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização quando da ocorrência de riscos previstos e cobertos, nos termos das condições gerais e especiais contratadas.

§ 1º O seguro de que trata o *caput* deste artigo deverá oferecer, no mínimo, as coberturas básicas de morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente.

§2º Outras coberturas poderão ser oferecidas, desde que as mesmas estejam relacionadas com viagem.

CAPÍTULO III DA ACEITAÇÃO DOS RISCOS

Art. 31. É vedada a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

§ 1º É facultado à sociedade seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

§ 2º Observado o disposto no § 1º deste artigo, é vedado o estabelecimento de cláusula obrigando o segurado a comunicar à sociedade seguradora a contratação posterior de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

Art. 32. A rejeição de proponente pela razão única de ser portador de deficiência configurará discriminação e será, por consequência, passível de punição nos termos da regulamentação específica.

CAPÍTULO IV DO CAPITAL SEGURADO

Art. 33. Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

§ 1º Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

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

II – para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;

III – para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto nos incisos I e II deste artigo;

§ 2º Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.

§ 3º A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

§ 4º Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

CAPÍTULO V DAS CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

Art. 34. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados principais, que pode ser feita das seguintes formas:

I – automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais; e

II – facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados principais que assim o autorizarem.

§ 1º Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

§ 2º O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas condições especiais.

Art. 35. A cláusula suplementar de inclusão de filhos define a inclusão, no seguro, dos filhos do segurado principal e/ou do cônjuge segurado pela cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, que, observado o disposto no art. 8º, pode ser feita das seguintes formas:

I – automática: quando abranger os filhos de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados; e

II – facultativa: quando abranger os filhos dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

§ 1º Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal.

§ 2º Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito da cláusula.

§ 3º O capital segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas condições especiais.

Art. 36. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

CAPÍTULO VI DOS BENEFICIÁRIOS

(Capítulo alterado pela Circular SUSEP nº 516/2015)

Art. 37. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

§ 1.º Nos seguros prestamistas, cujo objetivo é garantir a quitação ou amortização de dívida contraída ou atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é o credor, devendo a diferença entre o saldo da dívida ou o compromisso assumido e o capital segurado, quando for o caso, ser paga ao segundo beneficiário.

§ 2.º Para fins desta Circular, entende-se credor como sendo a pessoa jurídica a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido.

CAPÍTULO VII DA CESSAÇÃO DA COBERTURA

Art. 38. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Art. 39. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

Parágrafo único. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no *caput* deste artigo aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

Art. 40. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

I – com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; e

II – quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições gerais e/ou especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

I – se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;

II – com o cancelamento do seguro do segurado principal;

III – com a morte do segurado principal;

IV – no caso de cessação da condição de dependente; e

V – a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

CAPÍTULO VIII DO CANCELAMENTO E DA REABILITAÇÃO

Art. 41. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

Art. 42. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do segurado ou do estipulante deverá ser adotada uma das seguintes hipóteses pelas sociedades seguradoras:

I – cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s); ou

II – não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

§1º O prazo de tolerância e/ou suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo deverão ser especificados nas condições gerais do plano.

§2º O disposto neste artigo não se aplica aos casos previstos no art. 46 desta Circular.

Art. 43. As condições gerais poderão prever a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

Parágrafo único. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

Art. 44. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.

CAPÍTULO X DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

Art. 45. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

Art. 46. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado deverá constar das condições gerais.

§ 1º Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

§ 2º Deverá ser garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

§ 3º A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

§ 4º Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

§ 5º Para percentuais não previstos no § 4º deste artigo, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

§ 6º A sociedade seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do § 4º deste artigo.

§ 7º Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

§ 8º Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

§ 9º No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

§ 10 Respeitado o disposto neste artigo, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

“I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro;
e

II – a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subseqüentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro.”

§ 11 O disposto neste artigo não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

Art. 47. Deverão constar da proposta de contratação, no caso de planos individuais, ou da proposta de adesão, no caso de planos coletivos, e da respectiva apólice, além das informações previstas nas normas em vigor, os valores, em moeda corrente nacional, do prêmio à vista, e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos.

Art. 48. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor ou por esta Circular:

I – nome do segurado;

II – valor do prêmio;

III – data de emissão do documento de cobrança;

IV – número da apólice e/ou do certificado individual;

V – data limite para o pagamento.

§ 1º A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o *caput* diretamente ao segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

§ 2º O disposto neste artigo não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.

Art. 49. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a sociedade seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

Art. 50. O pagamento do prêmio será feito à sociedade seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disponham as condições contratuais.

Art. 51. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

Parágrafo único. Nos casos previstos no art. 46 desta Circular, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

Art. 52. Para os planos de seguro estruturados no regime financeiro de capitalização, deverá constar das condições gerais que a falta de pagamento do prêmio, nos prazos previstos, respeitado o prazo de suspensão, se houver, acarretará alternativamente, conforme se estipular:

I – a resolução do contrato, com a restituição da provisão já formada;

II – a redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do período de cobertura; ou

III – a redução do período de cobertura com manutenção do valor do capital segurado.

CAPÍTULO XI DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO

Seção I Do Objetivo do Seguro

Art. 53. O 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.

Seção II Das Definições

Art. 54. As condições gerais deverão apresentar a definição dos termos técnicos utilizados nas condições contratuais.

Seção III Do Âmbito Geográfico

Art. 55. Deverá constar das condições gerais o âmbito geográfico da(s) cobertura(s) do plano de seguro.

Seção IV Das Coberturas

Art. 56. As condições gerais e/ou especiais 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. 57. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá especificar se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente, observando-se o disposto no art. 4º desta Circular, quando for o caso.

Art. 58. As condições gerais deverão prever que os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

Seção V Dos Riscos Excluídos

Art. 59. Na relação dos riscos excluídos deverão constar os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.

Parágrafo único. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

Art. 60. Não pode ser estipulada entre as partes cláusula que exclua o suicídio ou sua tentativa, após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

Art. 61. É vedada a exclusão de morte ou da incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Art. 62. Caso as condições gerais e/ou especiais excluam doença preexistente das coberturas do seguro, esta deverá ser definida como doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

Seção VI Da Aceitação e da Renovação

Art. 63. Deverá constar das condições gerais do seguro cláusula de aceitação do risco, observada regulamentação específica.

Art. 64. Deverão ser especificados nas condições gerais os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.

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

§ 2º Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

Seção VII Da Vigência

Art. 65. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência da cobertura, nos termos da regulamentação específica.

Seção VIII Da Atualização e da Alteração de Valores Contratados

Art. 66. Deverão ser especificados nas condições gerais os critérios de atualização e alteração dos valores contratados, conforme regulamentação específica.

Seção IX Do Pagamento de Prêmios

Art. 67. Deverá ser incluída nas condições gerais cláusula dispendo sobre o pagamento de prêmio, nos termos da regulamentação específica.

Art. 68. Caso o plano preveja multa por atraso no pagamento do prêmio, deverá ser informado nas condições gerais a sua forma de cálculo.

Art. 69. Quando da estruturação de planos de seguro individuais em que haja alteração de taxa por faixa etária, deverá constar das condições gerais item estabelecendo a forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais.

Seção X Das Franquias e das Carências

Art. 70. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão estar fixadas nas condições gerais e/ou especiais, no caso de planos individuais, ou no contrato, no caso de planos coletivos.

Parágrafo único. No caso de planos coletivos, as condições gerais e/ou especiais do seguro deverão mencionar a existência de franquia e/ou carência.

Art. 71. Em caso de morte do segurado durante o prazo de carência, as provisões técnicas deverão ser revertidas aos beneficiários, conforme dispõe a lei civil, nos casos em que for tecnicamente possível.

Seção XI **Da Liquidação de Sinistros**

Art. 72. Deverão ser informados os procedimentos para liquidação de sinistros, 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 Deverá ser estabelecido prazo para pagamento das indenizações, limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no *caput* deste artigo, ressalvado o disposto no § 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, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

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

§ 4º O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou de renda, nos termos definidos nesta Circular.

§ 5º O plano de seguro poderá admitir a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

Art. 73. O pagamento da indenização não deve estar condicionado a nenhuma restrição temporal.

Art. 74. É vedada a inclusão de cláusula nas condições contratuais que disponha sobre a fixação de prazo máximo para a comunicação de sinistro.

Art. 75. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

Parágrafo único. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

Art. 76. É considerada abusiva a inclusão nas condições contratuais de cláusulas que disponham sobre:

I – a exigência de alvará judicial, como pressuposto para o cumprimento de obrigação pactuada, cabendo à sociedade seguradora verificar somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao beneficiário.

II – a exigência de certidão de nascimento atualizada.

Seção XII Da Reintegração

Art. 77. Deverá ser especificado que no caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

Seção XIII Da Perda de Direitos

Art. 78. Deverá constar das condições gerais dispositivo específico prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Art. 79. Deverá constar das condições gerais e da proposta que se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado 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 poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

Art. 80. Deverá constar das condições gerais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

§ 2º O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Seção XIV Do Foro

Art. 81. Deverá ser estabelecido nas condições gerais que as questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no *caput* deste artigo.

Seção XV Das Informações para Avaliação de Risco

Art. 82. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco para cálculo dos prêmios deverão fornecer todos os esclarecimentos necessários para o correto preenchimento do questionário, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas ou omissões devidamente comprovadas.

Parágrafo único. Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou aplicação de qualquer tipo de penalidade ao segurado ou beneficiário quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.

Seção XVI Das Informações Genéricas e Operacionais

Art. 83. Deverão ser estabelecidos nas condições gerais critérios objetivos para a suspensão e a reabilitação de cobertura, quando for o caso.

Art. 84. Deverão ser estabelecidos critérios objetivos para o cancelamento ou a cessação de coberturas específicas, quando for o caso.

Art. 85. A cláusula compromissória de arbitragem, quando inserida nas condições contratuais de seguro, deverá obedecer às seguintes disposições:

I – estar redigida em negrito e conter a assinatura do segurado, na própria cláusula ou em documento específico, concordando expressamente com a sua aplicação;

II – conter as seguintes informações:

a) que é faculdade do segurado aderir ou não;

b) que ao concordar com a aplicação desta cláusula, o segurado estará se comprometendo a resolver todos os seus litígios com a sociedade seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo Poder Judiciário;

c) que é regida pela Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996.

Art. 86. Além do disposto no art. 85 desta Circular, poderão ser adotados outros meios alternativos para a solução de conflitos decorrentes da celebração de seguros de que trata esta Circular.

Art. 87. Deverão ser estabelecidos critérios para a rescisão contratual.

Parágrafo único. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I – a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II – quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 desta Circular.

Art. 88. Deverá ser incluída cláusula específica sobre o(s) beneficiário(s) 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. 89. Não poderá ser incluída cláusula de sub-rogação de direitos.

Art. 90. Deverá ser estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

Art. 91. Caso o plano seja estruturado em regime financeiro de repartição, deverá constar das condições gerais que não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

Seção XVII **Da Taxa de Juros**

Art. 92. Quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

Parágrafo único. O limite de que trata o *caput* não se aplica a juros moratórios.

CAPÍTULO XII **DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NA** **NOTA TÉCNICA ATUARIAL**

Art. 93. A nota técnica atuarial deverá manter perfeita relação com as condições gerais e especiais e conter os seguintes elementos mínimos: (*Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 516/2015*).

I – objetivo da nota técnica e as coberturas previstas no plano;

II – definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;

III – especificação dos períodos de carência e franquias, quando couber;

IV – especificação das taxas ou prêmios puros utilizados e/ou tábuas biométricas;

V – estatísticas utilizadas para definição das taxas com a especificação do período e da fonte utilizada, bem como demonstrativo de cálculo, quando couber;

VI – especificação do critério técnico adotado, incluindo justificativa para a sua utilização;

VII – critérios de reavaliação de taxas, incluindo formulação e períodos;

VIII – justificativas técnicas para a aplicação de descontos e agravamentos, quando forem previstos, bem como o desconto máximo a ser aplicado.

IX – os carregamentos que serão utilizados para as despesas administrativas e de comercialização, nos planos individuais, e os seus limites máximos e mínimos, no caso de planos coletivos;

X – especificação das provisões técnicas a serem constituídas;

XI – assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional perante o órgão competente.

§ 1.º A especificação de diversas tábuas biométricas na nota técnica atuarial implica, obrigatoriamente, na definição clara e objetiva dos parâmetros técnicos para a utilização de cada uma delas.

§ 2.º. Excepcionalmente, nos produtos individuais comercializados através de representante, os carregamentos utilizados podem ser definidos em limites mínimos e máximos, na nota técnica atuarial.

§ 3.º No caso descrito no parágrafo segundo, o carregamento aplicado deverá estar claramente definido no contrato de seguro firmado entre o representante e a seguradora, e deverá ser único para um mesmo representante.

Art. 94. Quando adotadas taxas ou tábuas biométricas que não atendam aos limites previstos no art. 11 da Resolução CNSP N.º 117, de 22 de dezembro de 2004, a nota técnica atuarial deverá conter, adicionalmente, os seguintes elementos, independentemente de outros que possam ser exigidos pela SUSEP:

I – estudo que demonstre a sua adequação e viabilidade técnica, tendo em vista as características do produto e da população a ser segurada;

II – projeção, através da análise de cenários, da sinistralidade esperada; e

III – informação de que o estudo e a projeção, referidos nos incisos I e II deste artigo, respectivamente, serão objeto de reavaliação anual pelo atuário responsável, com o seu conseqüente envio para análise da SUSEP.

CAPÍTULO XIII DA EXTENSÃO DE COMERCIALIZAÇÃO

Art. 95. É vedada a extensão de comercialização de planos de seguros de pessoas entre sociedades seguradoras.

CAPÍTULO XIV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 96. Da proposta e das condições gerais do plano deverão constar as seguintes informações:

I – “A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco”;

II – “O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização”; e

III – “O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.

Parágrafo único. A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e propaganda utilizado pela sociedade seguradora.

Art. 97. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

Art. 98. As condições contratuais deverão, obrigatoriamente, ser redigidas em língua portuguesa, admitindo-se, no entanto, a presença de palavras isoladas e expressões curtas, de origem estrangeira, e de uso corrente no mercado de seguros, desde que acompanhadas das respectivas traduções ou definidas no glossário de termos técnicos.

Art. 99. O nome do plano de seguro deverá manter estreita relação com o tipo de cobertura oferecida.

Parágrafo único. O nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência da cobertura oferecida.

Art. 100. As condições contratuais deverão ser expressas em linguagem clara e objetiva, de forma que não gere multiplicidade de interpretações e respeite o vernáculo, bem como apresentar, com destaque, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado.

Art. 101. Deverá haver ordenamento lógico nas condições gerais e especiais do seguro, com as informações referentes ao mesmo assunto agregadas em um só item ou em itens subseqüentes.

Parágrafo único. As remissões a outros itens das condições gerais e especiais somente poderão ser utilizadas quando indicadas com clareza e as referências forem de fácil e imediata identificação.

Art. 102. Os planos de que trata esta Circular poderão prever reversão de resultados financeiros, quando tecnicamente possível, decorrentes das aplicações dos recursos garantidores das provisões exigidas pelas normas em vigor.

Art. 103. É facultada a comercialização de planos de seguro que ofereçam sorteios por meio da aquisição de título de capitalização, desde que o referido título seja custeado integralmente pela sociedade seguradora e não pelo segurado.

Parágrafo único. A sociedade seguradora, na qualidade de adquirente do título de capitalização, embora esteja cedendo o direito de sorteio ao segurado, não poderá mencionar nas condições contratuais do plano de seguro a cessão do sorteio.

Art. 104. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de planos de seguros com coberturas distintas daquelas previstas nesta Circular, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como seguro de pessoas.

Art. 105. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

Art. 106. Qualquer alteração nas condições gerais, especiais e/ou na nota técnica atuarial dos planos de seguro deverá ser previamente encaminhada à SUSEP.

Art. 107. Para efeito de análise por parte da SUSEP, deverão ser abertos processos administrativos específicos por plano, inclusive quando houver distinção entre planos individuais e coletivos.

CAPÍTULO XV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 108. Os planos de seguro protocolados na SUSEP antes do início de vigência desta Circular deverão ser arquivados ou adaptados à presente Circular até 30 de junho de 2006, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.

§ 1º A ausência de manifestação formal das sociedades seguradoras quanto à adoção de um dos procedimentos descritos no *caput* deste artigo implicará na respectiva suspensão de comercialização e arquivamento dos planos registrados na SUSEP.

§ 2º As disposições desta Circular aplicam-se às apólices renovadas ou emitidas a partir da data em que o respectivo plano de seguro adaptado for protocolado na SUSEP, conforme previsto no *caput* deste artigo.

§ 3º Independentemente do disposto no § 2º deste artigo, no caso de planos coletivos, as disposições desta Circular aplicam-se a todos os segurados que subscreverem propostas a partir de 1º de janeiro de 2007. (*Alterado pela Cir. SUSEP nº 316/2006*)

Art. 109. Os planos de seguro protocolados na SUSEP a partir do início de vigência desta Circular deverão obedecer aos critérios definidos nesta norma.

Art. 110. Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as Circulares SUSEP nº 19, de 20 de março de 1980; nº 37 de 18 de junho de 1980; nº 20, de 30 de junho de 1982; nº 1, de 12 de janeiro de 1983; nº 11, de 17 de março de 1983; nº 32 de 21 de julho de 1983; nº 29, de 20 de dezembro de 1991, parcialmente, ficando mantida a vigência da tabela constante do art. 5º das Normas Anexas a esta Circular, para efeito de utilização opcional pelas sociedades seguradoras e para cálculo de indenizações referentes aos acidentes pessoais regulados na Lei nº 8.412, de 1992, e nas Resoluções CNSP N^{os} 109, de 2004, e 128, de 2005; nº 17, de 17 de julho de 1992; nº 17, de 13 de setembro de 1995; nº 47, de 22 de junho de 1998; nº 48, de 25 de junho de 1998; e nº 90, de 27 de maio de 1999.

RENÊ GARCIA JR.
Superintendente

*** Norma compilada até julho de 2015.*