

CONSULTA PÚBLICA Nº 42/2021  
 QUADRO PADRONIZADO PARA APRESENTAÇÃO DE SUGESTÕES E COMENTÁRIOS

CÓDIGO	MINUTA	REMETENTE	SUGESTÃO DE ALTERAÇÃO	JUSTIFICATIVA OU COMENTÁRIO	POSIÇÃO SUSEP	ANÁLISE DA SUSEP
1	CIRCULAR SUSEP Nº XXXX, DE XX DE XXXXX DE XXXX.					
2	Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.					
3	<b>A SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP</b> , no uso das atribuições que lhe conferem as alíneas "b" e "c" do art. 36 do Decreto-lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando o disposto no Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, e o que consta do Processo SUSEP nº 15414.636172/2021-64.					
4	<b>RESOLVE:</b>					
5	Art. 1º Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.					
6	<b>CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES INICIAIS</b>					
7	Art. 2º As condições contratuais dos planos de seguro, assim como suas eventuais alterações, deverão ser registradas eletronicamente na Susep previamente à sua comercialização.	FenaPrevi	Art. 2º As <del>condições contratuais</del> <b>condições gerais e especiais</b> dos planos de seguro, assim como suas eventuais alterações, deverão ser registradas eletronicamente na Susep previamente à sua comercialização.	Sugestão de alteração para deixar claro que a necessidade de registro eletrônico previamente à comercialização abarca somente as condições gerais e especiais, não englobando, por exemplo, os contratos coletivos.  Como a Circular Susep 642/2021 define condições contratuais como "conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro", entendemos importante deixar claro o entendimento da Susep de que condições contratuais se refere a condições gerais e especiais, o que está consignado somente na coluna de observações do quadro comparativo da Consulta Pública nº 41.	Parcialmente acatada	Será proposta na Resolução objeto da CP nº 42/2021 uma alteração na definição do termo "condições contratuais" para tornar mais claro que se referem às condições gerais e especiais.
8	§ 1º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep.	AIDA BRASIL	§ 1º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep, sem prejuízo da observância do prazo previsto para adaptação normativa.	Inclusão de trecho final para referência ao prazo de adaptação dos clausulados aos novos normativos.	Parcialmente acatada	Será incluído trecho ao final do dispositivo com menção a eventual prazo para adaptação aos novos normativos.
8	§ 1º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep.	FenaPrevi	§ 1º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep, <b>sem prejuízo da observância do prazo previsto para adaptação normativa.</b>	Deixar claro que a seguradora pode dispor do prazo para adaptação estabelecido no eventual novo normativo.	Parcialmente acatada	Vide justificativa acima.
9	§ 2º A alteração de plano de seguro já registrado, de que trata o caput e o §1º deste artigo, será válida:					
10	I – no caso de plano individual, exclusivamente para propostas de contratação subscritas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro; e	AIDA BRASIL	I – no caso de plano individual, exclusivamente para propostas de contratação subscritas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro ou para renovação do seguro; e	Inclusão da possibilidade de adoção das alterações na renovação das Apólices.	Acatada	A redação será reformulada a fim de contemplar as renovações.
10	I – no caso de plano individual, exclusivamente para propostas de contratação subscritas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro; e	FenaPrevi	I – no caso de plano individual, exclusivamente para <b>novas propostas de contratação comercializadas e apólices vigentes renovadas</b> a partir da data de registro da alteração do plano de seguro; e	Obtenção de entendimento de contratação "subscritas". Além de usualmente não haver subscrição na renovação, as orientações constantes do site da Susep - Consulta de produtos consignam que na tabela de versões constam todas as versões eletrônicas já comercializadas do plano, com as respectivas datas de início e de fim de comercialização, devendo ser selecionada a versão que estava vigente na data de contratação ou renovação do plano, certificando-se de que o produto não estava suspenso temporariamente nesse período. No caso de planos coletivos, deverá ser selecionada a versão vigente na data de emissão ou renovação da apólice coletiva.	Acatada	A redação será reformulada a fim de contemplar as renovações.
11	II – no caso de plano coletivo, exclusivamente para contratos coletivos celebrados a partir da data de registro da alteração do plano de seguro.	AIDA BRASIL	II – no caso de plano coletivo, exclusivamente para contratos coletivos celebrados a partir da data de registro da alteração do plano de seguro ou para renovação;	Inclusão da possibilidade de adoção das alterações na renovação das Apólices.	Acatada	A redação será reformulada a fim de contemplar as renovações.
11	II – no caso de plano coletivo, exclusivamente para contratos coletivos celebrados a partir da data de registro da alteração do plano de seguro.	FenaPrevi	II – no caso de plano coletivo, exclusivamente para <b>contratos coletivos celebrados - novas propostas de contratação comercializadas e apólices vigentes renovadas</b> a partir da data de registro da alteração do plano de seguro;	Mesma argumentação do inciso I	Acatada	A redação será reformulada a fim de contemplar as renovações.
12	§ 3º No caso de alteração exclusivamente em nota técnica atuarial que não seja objeto de registro junto ao plano de seguro, a data de que trata o §2º deste artigo será aquela em que a Nota Técnica Atuarial for alterada pela sociedade seguradora, observado o disposto no §1º do art. 68.					
13	Art. 3º As sociedades seguradoras são responsáveis pelas cláusulas constantes em seus produtos, que devem estar em conformidade com a legislação vigente.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 3º As sociedades seguradoras são responsáveis pelas cláusulas constantes em seus produtos, que devem estar em conformidade com a aplicação da Lei Federal 8.078/90, além da legislação vigente.	As relações de consumo, de natureza securitária, devem ser protegidas pela norma consumerista, conforme disposto em seu 3º, §2º, CDC. Portanto, havendo relação de consumo, há que se aplicar o CDC a todas as empresas que lidam com a comercialização de seguros, não pela qual seguimos e incluído expressa quanto à aplicação da Lei 8.078/90.	Não acatada	Decreto a Lei nº 8.078/90 se aplica aos contratos de seguro, inclusive no que se refere a outros aspectos, não somente em relação ao clausulado do contrato. Da mesma forma, outras Leis são aplicáveis. Sendo assim, entendemos que não cabe enumerar cada uma das leis às quais a regulamentação infralegal é complementar.

14	Art. 4º As condições contratuais deverão ter ordenamento lógico e ser expressas em linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento, bem como deverão apresentar, com destaque, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 4º As condições contratuais deverão ter ordenamento lógico e ser expressas em linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento ao consumidor, bem como deverão apresentar, com destaque, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado	O caput do art. 4º da proposta regulatória aponta a possibilidade de limitações ao direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e em destaque, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como a proteção contratual, disposta no art. 46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC, que assim dispõem: Art. 46. Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigam os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance. Art.54, §3º Os contratos de adesão escritos serão redigidos em termos claros e com caracteres ostensivos e legíveis, cujo tamanho da fonte não será inferior ao corpo doze, de modo a facilitar sua compreensão pelo consumidor.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque das cláusulas que contenham obrigações e/ou restrições de direito. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigar que a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
15	Art. 5º Não poderão constar das condições contratuais cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, incompatíveis com a boa-fé ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem, ou que contrariem a legislação em vigor.	AIDA BRASIL	Exclusão.	Exclusão do dispositivo, por ser desnecessário, considerando precedentes legislativos do Código Civil e Código de Defesa do Consumidor que já estabelecem diversas vedações a este tipo de cláusula.	Não acatada	O normativo contém orientações sobre a elaboração das condições contratuais dos seguros de pessoas com cobertura de risco, sendo este dispositivo de suma importância no que se refere à proteção dos consumidores.
16	Art. 6º A denominação do plano de seguro, incluindo o nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência das coberturas oferecidas.					
17	Art. 7º As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 7º As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente. §1º A publicidade deve ser veiculada de tal forma que o segurado, fácil e imediatamente, a identifique como tal. §2º É proibida toda publicidade enganosa ou abusiva.	As alterações sugeridas mediante a inclusão dos parágrafos ao Art. 7º da proposta de Circular, estão em consonância com os artigos 36 e 38, do CDC, que tratam da publicidade na relação de consumo, devendo o fornecedor obedecer às disposições do Código de Defesa do Consumidor, na divulgação das informações através das mensagens publicitárias.	Não acatada	Conforme já citado, evitamos replicar integralmente dispositivos legais que já se aplicam aos seguros em questão. O dispositivo proposto pela minuta traz aspectos complementares e específicos, que não estão dispostos nos mesmos termos da Lei.
18	Parágrafo único. A sociedade seguradora se responsabiliza pelas informações contidas na publicidade do produto que vier a ser veiculada, assegurando aos segurados todos os direitos e condições ali elencados, bem como pela transparência de todo o processo.	FUNDAÇÃO PROCON SP	§3º A sociedade seguradora se responsabiliza pelas informações contidas na publicidade do produto que vier a ser veiculada, assegurando aos segurados todos os direitos e condições, bem como a transparência de todo o processo e a correção, quando necessária, da informação ou comunicação publicitária.	Quanto ao §3º, sugerimos a possibilidade de correção para garantir ao consumidor o direito à veracidade das informações e eventuais correções divulgadas na publicidade, assim como o cumprimento das condições em que o produto (seguro) é ofertado.	Não acatada	Ainda que haja erro na publicidade veiculada, deverão prevalecer os direitos e condições elencados, da forma mais benéfica ao consumidor. Além disso, na Resolução CNSP nº 382/2020, já está prevista a necessidade de a supervisionada manter rotinas e procedimentos operacionais para divulgação, promoção e publicidade de produtos e de serviços, além de efetuar a oferta, a promoção e a divulgação de produtos e serviços de forma clara, adequada e adotando práticas que visem minimizar a possibilidade de má compreensão por parte do cliente.
19	Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.	J. ARMANDO BATISTA E BENS ADOVOGADOS ASSOCIADOS	Suprimir a parte final do artigo: "e por todos aqueles que comercializam seus produtos".	As seguradoras devem ser responsáveis pelos atos daqueles que as representam, como na figura do agente prevista no artigo 710 e seguintes do Código Civil ou então na recente RESOLUÇÃO CNSP Nº 431, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2021. No entanto, não pode ser responsável, por exemplo, por atos dos corretores de seguro, profissionais autônomos (Lei 4594/64), como também não podem ser responsáveis por atos do estipulante, mandatário do segurado, aliás, conforme consolidado nas duas turmas de direito privado do Superior Tribunal de Justiça no âmbito do seguro de vida em grupo. A propósito, o próprio artigo 9º desta consulta pública deixa claro que o corretor e o estipulante representam o segurado ou o grupo segurado, a depender da modalidade de seguro (individual ou coletivo).	Não acatada	O dispositivo está em linha com os princípios estabelecidos pela Resolução CNSP nº 382/2020, em especial ao que dispõe o §2º do art. 10 do referido normativo: "§ 2º O ente supervisionado será responsável pela situação do intermediário de seus produtos, no que se refere ao cumprimento do disposto nesta Resolução."
19	Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.	AIDA BRASIL	Exclusão	Exclusão do dispositivo, pois a responsabilidade das seguradoras pela atuação de seus intermediários já está prevista pela Resolução CNSP nº 382/2020.	Não acatada	Considerando os modelos de distribuição adotados no mercado brasileiro, e pelo fato de haver previsão nesse sentido no normativo aplicável aos seguros de danos, entendemos que o dispositivo traz maior clareza e mantém o paralelismo.
19	Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.	FenaPrevi	Art. 8º As sociedades seguradoras são responsáveis direta ou indiretamente pelas informações e serviços prestados por <b>elas e por seus representantes, dentro dos seus canais de comunicações por seus intermediários e por todos aqueles que comercializarem seus produtos.</b>	Ajuste para consignar que não cabe às seguradoras controlarem as informações que são repassadas pelos intermediários, corretores e estipulantes. Por este motivo, elas não podem ser responsabilizadas pelas informações erroneamente transmitidas por terceiros, que não sejam seus representantes.  O estipulante é equiparado a intermediário, nos termos da Circular Susup nº 382, e, portanto, responsável, nos contratos de seguro de vida coletivos, pelo dever de informar previamente aos segurados sobre o clausulado do contrato, não sendo a seguradora responsável por informações existentes ou incorretas, ainda que subsidiariamente ou solidariamente.  O corretor de seguros é um intermediário e responde legalmente pelos atos praticados no exercício de sua profissão.	Não acatada	O dispositivo está em linha com os princípios estabelecidos pela Resolução CNSP nº 382/2020, em especial ao que dispõe o §2º do art. 10 do referido normativo: "§ 2º O ente supervisionado será responsável pela situação do intermediário de seus produtos, no que se refere ao cumprimento do disposto nesta Resolução."
20	Art. 9º As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à emissão do bilhete ou à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo, no caso das propostas, o proponente, seu representante ou corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 9º As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à emissão do bilhete ou à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo. Parágrafo único. No caso das propostas de contratação, o proponente, seu representante ou corretor de seguros, devem assinar a declaração, que constará da própria proposta, comprovando que tomou ciência das condições contratuais.	As alterações sugeridas objetivam tornar o texto mais claro e objetivo, motivo pelo qual se opta pela inclusão do parágrafo único ao artigo 9º da proposta regulatória. O agente de seguro ou seu representante legal tem o DEVER de estar ciente das condições contratuais do produto/serviço (seguro) ofertado. Assim, para segurança do próprio consumidor, a declaração de ciência do proponente não deve ser opcional, mas sim obrigatória, motivo pelo qual não se opta por parte integrante da proposta contratual, em cumprimento ao art. 48, do CDC, que determina que as declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica.	Parcialmente acatada	A sugestão foi acatada parcialmente, porém com ajuste redacional, considerando que: A necessidade de assinatura de declaração de ciência das condições contratuais é válida tanto para proposta de contratação quanto para proposta de adesão. O representante citado no dispositivo não é o representante de seguros (agente) que age em nome da seguradora, e sim o representante legal do proponente. A declaração de ciência é obrigatória, entretanto, para contemplar os diversos modelos de proposta, inclusive as digitais, facultou-se que a declaração de ciência seja assinada em conjunto ou não com a proposta.

21	Art. 10. As propostas e as condições contratuais do plano deverão conter, observadas as demais exigências previstas na regulamentação vigente, as seguintes informações:					
22	I - a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;					
23	II - o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP; e					
24	III - o segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a> .					
25	§ 1º A informação contida no inciso I deste artigo não se aplica a seguros contratados por meio de emissão de bilhete.					
26	§ 2º A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e publicidade utilizado.					
27	Art. 11. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco, constante da proposta, no cálculo dos prêmios deverão fornecer, de forma objetiva, todos os esclarecimentos necessários para o seu correto preenchimento, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas devidamente comprovadas.	FenaPrevi	Art. 11. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco <del>para subscção do risco</del> <b>constante da proposta, no cálculo dos prêmios</b> deverão fornecer de forma objetiva <b>na proposta de contratação</b> , todos os esclarecimentos necessários para o seu correto preenchimento, bem como, especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas devidamente comprovadas <b>ou omissão de informações</b> .	Sugestão de ajuste, para deixar mais claro o objetivo do dispositivo.  Também foi incluída a expressão "ou omissão de informações", para ficar compatível com o disposto no art. 766 do Código Civil.	Parcialmente acatada	A sugestão foi acatada parcialmente, porém com ajuste redacional. É importante considerar que o questionário de avaliação de risco deve ser parte integrante da proposta, ainda que seja apresentado sob a forma de anexo à mesma.
28	Art. 12. A sociedade seguradora deverá disponibilizar as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice, bilhete ou certificado individual do seguro.					
28	Art. 12. A sociedade seguradora deverá disponibilizar as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice, bilhete ou certificado individual do seguro.	FenaPrevi	Art. 12. A sociedade seguradora, <b>seu representante ou o estipulante, quando for o caso, deverão</b> disponibilizar as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice, bilhete ou certificado individual do seguro.	Ratificar o normativo o expediente contratual e legal de delegar a disponibilização do documento individual de contratação ao representante de seguros, que tem entre suas obrigações estabelecer os mesmos controles que a sociedade seguradora, e ao estipulante, que representa o segurado na proposta de risco individual, de acordo com as regras estabelecidas na proposta de contratação, uma vez que ambos os intermediários tem o canal de comunicação direto com o segurado.	Não acatada	A seguradora poderá, eventualmente, delegar ao representante ou ao estipulante a tarefa de disponibilização das condições contratuais aos segurados. Entretanto, ele é a responsável por fazer cumprir a disponibilização, devendo garantir, em caso de delegação, que o segurado teve acesso ao conteúdo das condições contratuais.
29	<b>CAPÍTULO II ELEMENTOS MÍNIMOS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO</b>					
30	<b>Objetivo do seguro</b>					
31	Art. 13. A cláusula de objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza quais são os riscos cobertos.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 13. A cláusula de objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza, em linguagem clara e de fácil entendimento ao consumidor, quais são os riscos cobertos.	Considerando que o dever de informação é um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, sugerimos a inclusão dos termos "em linguagem clara e de fácil entendimento ao consumidor" às cláusulas contratuais. Ademais, nos termos do artigo 46 do CDC, "Os contratos que regulam as relações de consumo não obrigam os consumidores, se não lhes for dada a oportunidade de tomar conhecimento prévio de seu conteúdo, ou se os respectivos instrumentos forem redigidos de modo a dificultar a compreensão de seu sentido e alcance."	Não acatada	Já existe a previsão de que todo texto das condições contratuais deverá ser redigido em linguagem clara (art. 4º da minuta), e não somente a cláusula de objetivo do seguro.
32	<b>Tipo de contratação</b>					
33	Art. 14. As condições contratuais deverão especificar se o plano é de contratação coletiva ou individual.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 14. As condições contratuais deverão especificar, em linguagem clara e objetiva, se o plano é de contratação coletiva ou individual.	Resalta-se assim o dever de informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC.	Não acatada	Já existe a previsão de que todo texto das condições contratuais deverá ser redigido em linguagem clara (art. 4º da minuta), e não somente a cláusula de especificação se o plano é coletivo ou individual.
34	<b>Definições</b>					
35	Art. 15. As condições contratuais deverão apresentar glossário, em linguagem clara e de fácil entendimento, com a definição dos termos técnicos e estrangeirismos utilizados.					
36	<b>Âmbito geográfico</b>					
37	Art. 16. Deverá constar das condições contratuais o âmbito geográfico das coberturas do plano de seguro.					
38	<b>Coberturas</b>					
39	Art. 17. As condições contratuais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos.					
40	Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.					
41	Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva sobre a caracterização dos eventos cobertos, sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva, com destaque em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, sobre a caracterização dos eventos cobertos, sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos.	Resalta-se assim o dever de informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46 e Art.54, § 3º caput, do CDC.	Não acatada	O padrão é que as cláusulas restritivas de direito sejam redigidas em destaque. Ao determinar que cláusula de caracterização de evento coberto, que não é uma cláusula restritiva de direito, seja redigida em destaque, perde-se a função da redação em destaque.
41	Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva sobre a caracterização dos eventos cobertos, sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos.	FenaPrevi	Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva sobre a caracterização dos eventos cobertos <del>sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos</del> .	Propomos a retirada da expressão final, pois imprime demasiada subjetividade ao dispositivo. A disposição estabelecendo que as condições devem tratar dos eventos cobertos de forma clara e objetiva já abarca o objetivo proposto pela SUSEP no artigo em questão.	Não acatada	O objetivo do dispositivo é justamente evitar que as cláusulas tenham esse caráter subjetivo dando margem a várias interpretações. Escrito desta forma, é reforçada a necessidade de especificar ao máximo o que caracteriza o evento coberto, objetivamente.
42	Art. 19. As condições contratuais poderão prever coberturas relativas a diferentes ramos de seguros, observadas as regulamentações específicas de cada ramo e a regulamentação específica sobre contabilização em ramos vigentes.	FenaPrevi	Art. 19. As condições contratuais poderão prever coberturas relativas a diferentes ramos de seguros, observadas as regulamentações específicas de cada ramo e a <del>regulamentação específica sobre contabilização em ramos vigentes</del> <b>suas respectivas contabilizações</b> .	Ajuste de redação para deixar o objetivo do dispositivo mais claro.	Não acatada	O objetivo do dispositivo é justamente remeter para o normativo de contabilização em ramos.
43	Parágrafo único. A sociedade seguradora deverá possuir autorização para operar em todos os ramos relativos às coberturas previstas nas condições contratuais.					
44	Art. 20. Nos planos de seguro que conjuguem mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá informar, em destaque, se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 20. Nos planos de seguro que conjuguem mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá informar, em linguagem clara e objetiva, com destaque, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente.	Resalta-se assim o dever da informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46 e Art.54, § 3º, caput, do CDC.	Não acatada	O padrão é que as cláusulas restritivas de direito sejam redigidas em destaque. Ao determinar que cláusula de conjugação de coberturas, que não é uma cláusula restritiva de direito, seja redigida em destaque, perde-se a função da redação em destaque.
45	Art. 21. As condições contratuais deverão indicar se o recebimento de capital segurado de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.	AIDA BRASIL	Art. 21. As condições contratuais deverão indicar se o recebimento do capital segurado de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.	Alteração para capital segurado.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.

46	Art. 22. As condições contratuais deverão deixar claro se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.	AIDA BRASIL	Art. 22. As condições contratuais deverão deixar claro se os capitais segurados referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.	Alteração para capital segurado.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
47	Art. 23. Quando prevista cobertura cuja forma de indenização seja prestação de serviços exclusivamente por meio de rede referenciada, sem a previsão de reembolso de despesas, a cláusula referente à cobertura deverá ser redigida de forma clara e em destaque, de modo a evidenciar suas limitações quanto à escolha do prestador.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 23. Quando prevista cobertura cuja forma de indenização seja prestação de serviços exclusivamente por meio de rede referenciada, sem a previsão de reembolso de despesas, a cláusula referente à cobertura deverá ser redigida de forma clara e em destaque, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, de modo a evidenciar suas limitações quanto à escolha do prestador.	O caput do art. 23 da proposta regulatória aponta limitação de escolha do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art.46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigá-lo a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
48	§ 1º As condições contratuais deverão especificar o que ocorre na hipótese de impossibilidade de contato e/ou de impossibilidade da utilização da rede de serviços referenciada, inclusive nas situações em que o prestador de serviços ou a seguradora tiverem dado causa à impossibilidade.					
49	§ 2º A sociedade seguradora deverá manter em seu sítio eletrônico a lista atualizada dos prestadores de serviço de sua rede referenciada por plano de seguro e dar ciência aos segurados em caso de alteração significativa da rede referenciada, inclusive com impacto na abrangência geográfica.	FenaPrevi	§ 2º A sociedade seguradora deverá manter em seus meios de comunicação com o cliente <del>o endereço eletrônico</del> a lista atualizada dos prestadores de serviço de sua rede referenciada, inclusive com impacto na abrangência geográfica.	Nas operações das seguradoras especializadas em seguros de pessoas, o contato principal e dos dados para solicitação de atendimento costumam ser efetuados com a empresa de assistência parceira, conforme carteira de planos de seguros, e não diretamente com os prestadores de serviços. Cada carteira de planos de seguros possui uma lista diferenciada de prestadores, sendo impossível, do ponto de vista prático e de clareza com o segurado, manter uma lista atualizada de todos os prestadores para todas as carteiras.	Não acatada	O dispositivo trata de cobertura securitária efetiva, vinculada a uma rede referenciada, e não de serviço de assistência complementar ao seguro. Nesse caso específico, a rede referenciada é parte do contrato de seguro, de forma que a redação original se mostra mais adequada.
50	<b>Riscos excluídos</b> Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa, em linguagem clara e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.	Considerando que a exclusão representa uma limitação de direito ao consumidor, entendemos que a informação deve ser inserida em destaque com fonte e tamanho que possa permitir uma fácil identificação, em respeito ao direito à informação conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque das cláusulas que contenham obrigações e/ou restrições de direito. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigá-lo a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
51	Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.	FenaPrevi	Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa e <b>objetiva, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.</b>	Propõe-se a retarda da expressão "sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas", pois impõe demasiada subjetividade ao dispositivo. A disposição estabelecendo que as condições devem tratar os riscos excluídos de forma precisa e objetiva já abarca o objetivo proposto pela SUSEP no artigo em questão.	Não acatada	O objetivo do dispositivo é minimizar que as cláusulas do plano em si sejam carregadas de demasiada subjetividade, dando margem a interpretações diversas. Já há previsão nesse sentido no normativo aplicável aos seguros de danos, pelo que entendemos que o dispositivo traz maior clareza e mantém o paralelismo.
52	Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado por acidente pessoal coberto.	AIDA BRASIL	Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado diretamente por acidente pessoal coberto.	Inclusão do termo "diretamente" para maior clareza do objetivo do dispositivo.	Não acatada	Os agravamentos e complicações originados de acidentes cobertos também não podem ser excluídos.
52	Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado por acidente pessoal coberto.	FenaPrevi	<b>Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado por acidente pessoal coberto.</b>	Propõe-se a exclusão, por se entender que a matéria está devidamente disciplinada pelo artigo 24 desta norma (com as alterações propostas), considerando o disposto no item 5 da Exposição de Motivos da Consulta Pública nº 41/2021 "5. Além da revisão e consolidação das normas, a presente proposta está alinhada com objetivos estratégicos: i) simplificar a regulação dos mercados; e ii) ambiente favorável ao desenvolvimento de um mercado competitivo, transparente, inovador e com maior cobertura, que constam do Planejamento Estratégico 2020-2023 da Susep."	Não acatada	O conteúdo do dispositivo não está abrangido pelo artigo 24 da minuta. O referido dispositivo substitui de forma principiológica a Carta Circular Susep/CSOPRO nº 2/2011, com adaptação da redação para torná-lo aplicável a uma maior variedade de situações.
53	Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.	J. ARMANDO BATISTA E BENS ADVOGADOS ASSOCIADOS	Exclusão da parte final do artigo quando registra "de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas", ou então ressaltar que a exclusão é válida caso o sinistro esteja relacionado a condução de veículo automotor.	A embriaguez e o uso de substâncias tóxicas é ato reprovável pela sociedade, sobretudo quando se coloca em risco a integridade física de terceiros, como nas hipóteses de condução de veículo automotor. Basta observar o rigor da legislação de trânsito quanto a embriaguez e a condução de automotor. Além disso, o Código Civil estabelece que a seguradora tem prerrogativa de predeterminar os riscos (art. 757). Quando o legislador quis estabelecer as hipóteses de não possibilidade de exclusão do risco, assim o fez expressamente no artigo 799. Nesse passo, não cabe ao órgão regulador limitar a abrangência do artigo 757, como se pretende nesse artigo 26.	Não acatada	O dispositivo é oriundo da Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB/ Nº 8/2007 que ainda se encontra vigente. O tema passou por análise da PF-Susep, que se manifestou a respeito com base na jurisprudência atual. Além disso, o dispositivo está alinhado com o constante no normativo específico para seguros de danos.
53	Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.	AIDA BRASIL	Exclusão.	Exclusão, pois o dispositivo fere o princípio da legalidade e afronta o disposto no artigo 757 do Código Civil, que permite expressamente a limitação de riscos pela seguradora. Ainda, desnecessidade de adequação da norma regulatória à jurisprudência, que não é estável.	Não acatada	O dispositivo é oriundo da Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB/ Nº 8/2007 que ainda se encontra vigente. O tema passou por análise da PF-Susep, que se manifestou a respeito com base na jurisprudência atual. Além disso, o dispositivo está alinhado com o constante no normativo específico para seguros de danos.
53	Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.	FenaPrevi	<b>Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.</b>	Afronta ao apelo social para corrigir tais posturas, ao CTB, ao CP e às próprias literaturas médicas que demonstram os impactos e efeitos do álcool e das substâncias tóxicas no organismo. Além disso, a depender da situação, pode-se estar frente a um ato doloso do segurado decorrente dos estados elencados. Há situações históricas em que, por não haver disposição regulatória específica, foi possível que o Poder Judiciário entendesse o objetivo da exclusão e possibilitasse sua manutenção (como exemplos, cite-se o prazo inicial para casos de suicídios, e a possibilidade de cobertura de multas em seguros de responsabilidade civil). Sendo assim, entendemos que a análise deste tema deva ser mais aprofundada, com a consequente exclusão do dispositivo.	Não acatada	O dispositivo é oriundo da Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB/ Nº 8/2007 que ainda se encontra vigente. O tema passou por análise da PF-Susep, que se manifestou a respeito com base na jurisprudência atual. Além disso, o dispositivo está alinhado com o constante no normativo específico para seguros de danos.

54	Parágrafo único. O estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado não poderão ser considerados como causa de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura.	LI, ARMANDO BATISTA E BENEZ ADOVADOS ASSOCIADOS	Exclusão, ou então há de ser excluído do parágrafo embriaguez e o uso de substâncias tóxicas ou resalvar que tais situações não se aplicam quando o segurado estiver na condução de veículo automotor.	O agravamento de risco é um conceito doutrinário e cuja disposição a respeito vem prevista no artigo 768 do Código Civil. Não cabe ao órgão regulador preestabelecer o que deve ou não ser considerado agravamento de risco. O agravamento deve ser analisado de forma individual a cada sinistro. Mas, uma vez, não considerar relevante a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas do segurado que coloque em risco a integridade física de terceiros, é socialmente reprovável.	Acatada	Tendo em vista os argumentos trazidos, será proposta exclusão do parágrafo único, a depender de avaliação específica da PF-Susep, uma vez que o dispositivo foi redigido com base em manifestação prévia da Procuradoria junto à Susep. De fato, o conteúdo do parágrafo único extrapola o conteúdo da Carta-Circular SUSEP/DETEC/GAB/ Nº 8/2007 e casos de agravamento de risco são de difícil
54	Parágrafo único. O estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado não poderão ser considerados como causa de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura.	AIDA BRASIL	Exclusão.	Impossibilidade de a SUSEP definir o que se caracteriza ou não como agravamento, o que deve ser verificado no caso concreto e, se o caso, analisado pelo Judiciário.	Acatada	Conforme justificativa anterior, será proposta exclusão do parágrafo único, a depender de avaliação específica da PF-Susep, uma vez que o dispositivo foi redigido com base em manifestação prévia da Procuradoria junto à Susep.
54	Parágrafo único. O estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado não poderão ser considerados como causa de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura.	FenaPrevi	<b>Parágrafo único. O estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado não poderão ser considerados como causa de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura.</b>	Mesma justificativa do caput.	Acatada	Conforme justificativa anterior, será proposta exclusão do parágrafo único, a depender de avaliação específica da PF-Susep, uma vez que o dispositivo foi redigido com base em manifestação prévia da Procuradoria junto à Susep.
55	Art. 27. Deverá constar das condições contratuais do seguro disposições relacionadas a eventual exclusão de doenças preexistentes.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 27. Deverá constar das condições contratuais do seguro, em linguagem clara e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, as disposições relacionadas a eventual exclusão de doenças preexistentes.	Considerando que a exclusão de doenças representa uma limitação de direito ao consumidor, entendemos que a informação deve ser inserida em destaque com fonte e tamanho que possa permitir sua fácil identificação, nos termos do art. 6º, II, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque das cláusulas que contenham obrigações e/ou restrições de direito. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigir que a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
55	Art. 27. Deverá constar das condições contratuais do seguro disposições relacionadas a eventual exclusão de doenças preexistentes.	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.	Doenças preexistentes não são riscos excluídos, mas sim causa de perda de direitos, dado que a contratação ocorreu baseada em informação não verdadeira repassada pelo proponente no momento da contratação (ofensa à boa-fé objetiva dos contratos de seguros). Assim sendo, sugerimos que a matéria tratada nesse artigo seja remanejada para o artigo 58.	Não acatada	Foi alterada a definição de doenças preexistentes em relação à Circular Susep nº 302/2005. Dessa forma, doenças preexistentes não são causa de perda de direitos por si só, somente se houver omissão ou prestação de informações inverídicas na proposta. A lógica de exclusão ou não de doença preexistente, entretanto, não foi alterada, exceto pela flexibilidade introduzida pelo § 3º.
56	§ 1º Não poderão ser objeto de exclusão de cobertura do seguro as doenças preexistentes:	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.(redação original)	Idem justificativa do caput	Não acatada	Vide justificativa acima.
57	I - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta;	AIDA BRASIL	Exclusão.	Deve ser resguardada a possibilidade de inclusão específica para eventos relacionados a doenças preexistentes declaradas, em especial nos seguros individuais.	Não acatada	A possibilidade de está prevista no § 3º deste mesmo artigo.
57	I - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta;	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.(redação original)	Idem justificativa do caput	Não acatada	Não acatada, conforme justificativa redigida para o caput do artigo.
58	II - que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta.	AIDA BRASIL	§ 1º Doenças preexistentes devem ser definidas como aquelas doenças de conhecimento do segurado conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.	A exclusão deve ser para doenças preexistentes não declaradas. Manter o conceito de doença preexistente resolveria a questão.	Não acatada	Foi alterada a definição de doenças preexistentes em relação à Circular Susep nº 302/2005, uma vez que existe a possibilidade de um proponente possuir doenças preexistentes à data de contratação do seguro devidamente declaradas. Dessa forma, doenças preexistentes não são causa de perda de direitos por si só, somente se houver omissão ou prestação de informações inverídicas na proposta. Entretanto, a regra de que doenças de conhecimento do segurado não declaradas na proposta podem ser excluídas (conforme sugestão apresentada) já está prevista no início do artigo.
58	II - que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta.	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.(redação original)	Idem justificativa do caput	Não acatada	Não acatada, conforme justificativa redigida para o caput do artigo.
59	§2º É vedada a exclusão de doenças preexistentes quando não for exigido pela sociedade seguradora o preenchimento de declaração pessoal de saúde.	FenaPrevi	Transferido para o art. 58 com ajuste na redação	Idem justificativa do caput	Não acatada	Não acatada, conforme justificativa redigida para o caput do artigo.
60	§3º Excepcionalmente, em caso de expresse acordo entre as partes, e admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta.	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.(redação original)	Idem justificativa do caput	Não acatada	Não acatada, conforme justificativa redigida para o caput do artigo.
61	§4º Na hipótese prevista no §3º deste artigo, a apólice individual ou certificado individual deverão discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura.	FenaPrevi	Transferido para o art. 58.(redação original)	Idem justificativa do caput	Não acatada	Não acatada, conforme justificativa redigida para o caput do artigo.
62	<b>Aceitação</b>					
63	Art. 28. Deverá constar das condições contratuais do seguro cláusula de aceitação do risco contendo o prazo que a sociedade seguradora dispõe para manifestar-se sobre a proposta, nos termos da regulamentação específica, exceto para os seguros contratados por bilhete.					
64	Parágrafo único. Para a aceitação de que trata o caput, poderão ser exigidas informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.					
65	<b>Vigência e renovação</b>					
66	Art. 29. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência das coberturas, nos termos da regulamentação específica.					
67	Art. 30. Deverão ser especificados os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.					
68	§ 1º A renovação automática só poderá ser feita uma única vez e pelo mesmo prazo, devendo as renovações posteriores serem feitas obrigatoriamente de forma expressa. As renovações deverão ser precedidas de concordância expressa do segurado, seu representante legal ou corretor, ou de forma tácita, conforme previsto nas condições contratuais.	FenaPrevi	§ 1º A renovação automática só poderá ser feita uma única vez e pelo mesmo prazo, devendo as renovações posteriores serem feitas obrigatoriamente de forma expressa. As renovações deverão ser precedidas de concordância expressa do segurado, seu representante legal ou corretor, ou de forma tácita, conforme previsto nas condições contratuais.	Alteração para desburocratizar o processo, permitindo formação de planos distintos, em alinhamento com os interesses dos contratantes.	Não acatada	O texto proposto está em desacordo com o disposto no art. 774 do Código Civil: "Art. 774. A recondição do contrato pelo mesmo prazo, mediante expressa cláusula contratual, não poderá operar mais de uma vez."

69	§ 2º Quando prevista renovação da apólice, caso a sociedade seguradora não tenha interesse em efetuar esta renovação, deverá comunicar aos segurados e, no caso de apólice coletiva, ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.	FenaPrevi	§ 2º Quando prevista renovação da apólice, caso a sociedade seguradora não tenha interesse em efetuar esta renovação, independente do tempo de relação contratual, deverá comunicar aos segurados e, no caso de apólice coletiva, ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.	Inclusão da expressão "independente do tempo de relação contratual", para evitar questionamentos.	Parcialmente acatada	A ideia trazida pela sugestão foi acatada, porém entendemos que cabe constar no art. 31 da minuta, o qual sofrerá ajuste redacional para contemplar a proposição.
70	Art. 31. Para os seguros temporários que prevejam a possibilidade de renovação, as condições contratuais deverão conter a informação de que o seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento.					
71	<b>Franquias e carências</b>					
72	Art. 32. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão ter seus critérios previstos nas condições contratuais do plano.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 32. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão ter seus critérios previstos nas condições contratuais do plano.	Para segurança do próprio consumidor, os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual. Assim, tais informações devem ser parte integrante da proposta contratual, em cumprimento ao art. 48, do CDC, que determina que as declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica.		A redação sugerida é igual à redação proposta pela Susep.
73	Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar, se for o caso, na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar se for o caso na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.	Para segurança do próprio consumidor, os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual. Assim, tais informações devem ser parte integrante da proposta contratual, em cumprimento ao art. 48, do CDC, que determina que as declarações de vontade constantes de escritos particulares, recibos e pré-contratos relativos às relações de consumo vinculam o fornecedor, ensejando inclusive execução específica.	Parcialmente acatada	A redação será ajustada de modo que fique mais claro que, havendo franquias ou carências, os prazos e/ou valores deverão sempre constar na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.
73	Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar, se for o caso, na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.	FenaPrevi	Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar, se for o caso, na proposta, na apólice, condições particulares, no bilhete e no certificado individual.	Incluir as condições particulares, para abarcar as apólices coletivas.	Não acatada	Não existem condições particulares nos seguros de pessoas, somente nos seguros de danos. O termo apólice abrange também as apólices coletivas.
74	<b>Atualização e alteração de valores</b>					
75	Art. 33. Deverão ser especificados os critérios de atualização e de alteração de valores relativos às operações de seguro e, quando for o caso, de recálculo, conforme regulamentação específica.					
76	<b>Pagamento de prêmio</b>					
77	Art. 34. As condições contratuais deverão prever as formas e os critérios de custeio do plano de seguro e as possíveis periodicidades de pagamento de prêmios pelos segurados e/ou pelos estipulantes.					
78	Art. 35. Qualquer que seja a forma de pagamento adotada, a sociedade seguradora ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas, da identificação do segurado e do seguro correspondente pelo prazo indicado, em regulamentação específica, para guarda de documentos relativos ao contrato.					
79	Parágrafo único. Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.					
80	Art. 36. O prêmio de seguro poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nas condições contratuais.					
81	§ 1º O prêmio único pode ser fracionado, caso em que não é permitida a cobrança de quaisquer valores adicionais a título de custo administrativo de fracionamento.					
82	§ 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.	AIDA BRASIL	§ 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios deverão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas, independentemente da ocorrência de sinistros.	Alteração da redação para que não se entenda que o pagamento do prêmio somente ocorrerá se houver acionamento efetivo da cobertura com o sinistro.	Não acatada	Não foi possível entender com clareza o objetivo da alteração da redação. Em todos os seguros os prêmios devem ser pagos independentemente da ocorrência ou não de sinistros, e não só quando há coberturas intermitentes.
82	§ 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.	FenaPrevi	§ 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.	Ajuste para utilizar o conceito que melhor se aplica no caso da modalidade de seguro intermitente.	Não acatada	A redação original é mais abrangente e contempla maior variedade de formas de estruturação de seguros com coberturas intermitentes.
83	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor, em linguagem clara e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.	Resalta-se assim o dever de informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque das cláusulas que contêm obrigações e/ou restrições de direito. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigar que a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
83	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.	AIDA BRASIL	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e consequente cancelamento do seguro.	O artigo 763 do Código Civil não impõe a necessidade de notificação prévia ao Segurado. A questão que deve ser analisada pela doutrina e jurisprudência.	Não acatada	O objetivo da regulamentação infralegal é trazer aspectos além daqueles estabelecidos pela Lei. Trata-se de uma comunicação importante para garantir transparência e clareza ao segurado em relação a eventual interrupção de sua cobertura securitária.
83	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.	FenaPrevi	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, seu representante legal, estipulante e/ou corretor de seguros, pela sociedade seguradora, por qualquer meio comprovável, antes de eventual cancelamento do seguro.	Ajuste para incluir o representante legal, estipulante e/ou corretor de seguros e a expressão "por qualquer meio comprovável".	Não acatada	Deve ser garantida a ciência ao segurado sobre o cancelamento de suas coberturas securitárias. Se há uma exigência regulatória de comunicação ao segurado, a superveniente, naturalmente, deve ser capaz de comprovar que cumpriu com a obrigação.

84	Art. 38. Quando o prêmio for periódico, caso o pagamento não seja efetuado no prazo estipulado, a sociedade seguradora poderá cancelar o seguro ou, alternativamente, de forma isolada ou combinada:	AIDA BRASIL	Exclusão.	Nenhuma das alternativas deste artigo obedece ou respeita ao previsto do art. 763 do Código Civil Exclusão.	Não acatada	O dispositivo reflete prática amplamente adotada pelo mercado. Além disso, a adoção de prazo de tolerância ou suspensão, que pode ser benéfica tanto para seguradora quanto para os segurados, é facultativa pelas seguradoras.
85	I - garantir a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, podendo haver a cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento do valor da indenização; ou					
86	II - suspender a cobertura durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.					
87	Parágrafo único. Deverão ser especificados nas condições contratuais o prazo de tolerância e/ou de suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo.					
88	Art. 39. No caso de suspensão prevista no inciso II do art. 38, as condições contratuais poderão prever a reabilitação do seguro em função da retomada do pagamento do prêmio, devendo ser estabelecido o critério para determinação do momento exato da reabilitação.					
89	Art. 40. Para as coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização, as condições contratuais deverão prever o oferecimento ao segurado de pelo menos uma das opções a seguir quando configurada falta de pagamento do prêmio observado o disposto no art. 38, ou quando da solicitação de cancelamento da cobertura:					
90	I – cancelamento da cobertura, com a restituição integral do saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC);	FenaPrevi	I - cancelamento de cobertura, com restituição integral do saldo disponível da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) para resgate, na forma estabelecida nas condições contratuais;	O Código Civil prevê o seguinte: "Art. 796. O prêmio, no seguro de vida, será conveniado por prazo limitado, ou por toda a vida do segurado. Parágrafo único. Em qualquer hipótese, no seguro individual, o segurador não terá ação para cobrar o prêmio vencido, cuja falta de pagamento, nos prazos previstos, acarretará, conforme se estipular, a resolução do contrato, com a restituição da reserva já formada, ou a redução do capital garantido proporcionalmente ao prêmio pago."  O Código Civil não exige, na hipótese de o contrato prever o seu cancelamento mediante resgate, que a reserva seja devolvida integralmente, mas sim que seja restituída a reserva já formada, ou que se realize o saldamto, com a manutenção do contrato, conforme se estipular no contrato.  Observe que, na hipótese de saldamto é permitida a ausência de qualquer valor de resgate. Logo não faz sentido que, quando a seguradora admite contratualmente a possibilidade de resgate, que este não o possa ser realizado de forma parcial e crescente, com vista a estimular a manutenção da acumulação por parte dos segurados, em afetação positiva à coletividade e ao mutualismo.  Muito respeitosamente, entendemos que a interpretação literal de que a "reserva já formada" significa peremptoriamente 100% da PMBaC, não se admitindo previsto	Parcialmente acatada	O dispositivo será mantido. Entretanto, o caput será ajustado para a exclusão do trecho final, referente à solicitação de cancelamento do seguro. O parágrafo único do art. 796 do Código Civil preconiza que "em qualquer hipótese, no seguro individual, o segurador não terá ação para cobrar o prêmio vencido, cuja falta de pagamento, nos prazos previstos, acarretará, conforme se estipular, a resolução do contrato, com a restituição da reserva já formada, ou a redução do capital garantido proporcionalmente ao prêmio pago". Dessa forma, não nos parece haver dúvidas de que o texto legal determina que, havendo eventual saldo na provisão matemática de benefícios a conceder (reserva), este deverá ser devolvido ao segurado no valor constituído até aquele momento (reserva já formada), na hipótese de inadimplência. Entretanto, considerando as divergências apresentadas e os potenciais impactos no mercado e nos produtos, consideramos que seria mais prudente manter, por ora, a abordagem regulatória vigente até então, nos limitando a regulamentar os efeitos da inadimplência nos contratos de seguro estruturados no regime financeiro de capitalização, com estrita observância do disposto no parágrafo único do art. 796 do Código Civil. Dessa forma, o caput será alterado para que se limite a tratar dos casos de inadimplência, não havendo, portanto, alteração de mérito em relação à Circular
91	II – redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do prazo de vigência (saldamto); ou					
92	III – redução do prazo de vigência com manutenção do valor do capital segurado (seguro prolongado).					
92.5		FenaPrevi	IV - comunicabilidade, caso também tenha contratado seguro de pessoas com cobertura por sobrevivência, prevendo a possibilidade de dedução de parte da PMBaC para custeio das coberturas de risco.	Inclusão para prever também o instituto da comunicabilidade.	Parcialmente acatada	Será incluído parágrafo único disposto que no caso de planos conjugados, deverão ser observadas adicionalmente as regras para operacionalização do instituto da comunicabilidade previstas nas condições contratuais/regulamento do plano.
93	Art. 41. Caso o plano preveja multa e/ou juros moratórios por atraso no pagamento do prêmio, estes deverão ser estabelecidos nas condições contratuais.					
94	Art. 42. Os seguros que prevejam alteração de taxa, seja por reequilíbrio atuarial ou outro critério objetivo, deverão estabelecer, de forma clara, nas condições contratuais e na nota técnica atuarial, os respectivos critérios de alteração.					
95	Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput, incluindo valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.	AIDA BRASIL	Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput, incluindo valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.	Ajuste redacional.	Acatada	Sugestão acatada.
95	Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput, incluindo valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.	FenaPrevi	Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput, incluindo valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.	Exclusão da expressão "incluindo valores ou percentuais" para deixar mais claro o dispositivo.	Não acatada	A divulgação dos percentuais ou valores de reajuste é exigida justamente para dar mais transparência e clareza ao segurado.
96	Art. 43. No caso de fracionamento do prêmio único, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.					

97	§ 1º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no caput para o caso de falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, desde que leve em consideração o prêmio já pago.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Parágrafo único. O contrato deverá apresentar uma tabela informando o critério entre as parcelas não pagas pelo segurado e o percentual do prêmio a receber. Exclusão dos §§ 1º e 2º.	A inclusão do parágrafo único ao Art.43 visa proporcionar ao consumidor uma informação mais adequada, clara e objetiva sobre a proporção entre o pagamento das parcelas não pagas pelo segurado e o percentual do prêmio a receber. Quanto à sugestão de exclusão do §1º e §2º, do Art. 38, entendemos que tais dispositivos abrem a possibilidade de haver alteração contratual APÓS a contratação do seguro, situação que, além de gerar insegurança, prejudica o consumidor. Além disso, interfere diretamente no direito de escolha do consumidor no ato da contratação do seguro, fatos que estão em desacordo com o CDC, descumprindo o dever de informação, conforme art. 6º, III e da proteção contratual, disposto no Art.46, caput, do CDC.	Não acatada	O critério proporcional é o default, conforme previsto no caput. Entretanto é facultada à seguradora a adoção de critério diverso, desde que estabelecido nas condições contratuais. Ou seja, não há qualquer margem para que haja alteração contratual após a contratação, uma vez que os critérios devem estar estabelecidos nas condições contratuais.
98	§ 2º A sociedade seguradora deverá informar tempestivamente ao segurado ou ao seu representante legal, por qualquer meio que se possa comprovar, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, as alterações ocorridas no contrato em função da falta de pagamento do prêmio, observado o critério previamente definido nas condições contratuais.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Parágrafo único. O contrato deverá apresentar uma tabela informando o critério entre as parcelas não pagas pelo segurado e o percentual do prêmio a receber. Exclusão dos §§ 1º e 2º.	A inclusão do parágrafo único ao Art.43 visa proporcionar ao consumidor uma informação mais adequada, clara e objetiva sobre a proporção entre o pagamento das parcelas não pagas pelo segurado e o percentual do prêmio a receber. Quanto à sugestão de exclusão do §1º e §2º, do Art. 38, entendemos que tais dispositivos abrem a possibilidade de haver alteração contratual APÓS a contratação do seguro, situação que, além de gerar insegurança, prejudica o consumidor. Além disso, interfere diretamente no direito de escolha do consumidor no ato da contratação do seguro, fatos que estão em desacordo com o CDC, descumprindo o dever de informação, conforme art. 6º, III e da proteção contratual, disposto no Art.46, caput, do CDC.	Não acatada	O dispositivo trata da eventual redução de prazo de cobertura em função da falta de pagamento do prêmio fracionado, a qual deverá ser comunicada ao segurado tempestivamente. Não há que se falar em prêmio a receber.
98	§ 2º A sociedade seguradora deverá informar tempestivamente ao segurado ou ao seu representante legal, por qualquer meio que se possa comprovar, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, as alterações ocorridas no contrato em função da falta de pagamento do prêmio, observado o critério previamente definido nas condições contratuais.	FenaPrevi	§ 2º A sociedade seguradora deverá informar tempestivamente ao segurado ou ao seu representante legal, <b>estipulante ou corretor de seguros</b> , por qualquer meio que se possa comprovar, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, as alterações ocorridas no contrato em função da falta de pagamento do prêmio, observado o critério previamente definido nas condições contratuais.	É necessário que sejam incluídos no dispositivo o corretor e o estipulante.	Não acatada	É importante que o segurado ou seu representante legal seja diretamente comunicado em caso de ajustes por falta de pagamento, sem prejuízo de o corretor e o estipulante também serem informados.  Dispositivo similar ao §2º do art. 36 da Circular Susep nº 621/2021.
99	Art. 44. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, além da forma e da periodicidade de pagamento dos prêmios, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, no caso de planos individuais, e na proposta de adesão, no caso de planos coletivos.					
99,5		FenaPrevi	Parágrafo único. No caso de planos coletivos, os valores de prêmios poderão ser substituídos pelas taxas de seguro e no caso de apólices estipuladas por empregador em favor de seus funcionários, os valores do capital segurado por taxa ou múltiplo salarial, conforme aplicável.	Prever a possibilidade de substituição do valor do prêmio pela taxa na proposta, pois existem apólices estipuladas por empregador em favor de seus empregados, em que chega-se ao valor do capital segurado por meio de taxa ou múltiplo salarial.  Atualmente já existe a possibilidade de substituição do valor do prêmio pela taxa de seguro nas apólices, individuais ou coletivas, nas apólices de averbação, nos certificados individuais e nos bilhetes (Parágrafo Único, art. 17 da Circular SUSEP 642/2021). A proposta é estender para as propostas. "Art. 17. As apólices, individuais ou coletivas, as apólices de averbação, os certificados individuais e os bilhetes emitidos pelas sociedades seguradoras deverão conter, no mínimo, os seguintes elementos de caracterização do seguro: (...) XVII - valor total do prêmio de seguro, exceto para as apólices de averbação, discriminando: a) valor do prêmio de seguro por cobertura contratada; e b) valor dos tributos diretamente incidentes sobre o prêmio, quando for o caso. Parágrafo único. Para fins do disposto no inciso XVII, nas apólices coletivas, os valores de prêmios poderão ser substituídos pelas taxas de seguro." Adicionalmente, cabe consignar que tem sempre é possível informar o valor exato do prêmio no caso dos seguros coletivos.	Não acatada	O dispositivo trata da proposta de contratação somente no caso de seguros individuais. No caso da proposta de contratação assinada pelo estipulante, naturalmente não cabe informar os valores de prêmio e capital segurado de cada segurado incluído na apólice, até por que a inclusão de segurados poderá se dar posteriori. No caso de capitais segurados que são estabelecidos por múltiplo salarial, ainda que esta informação possa ser incluída nos documentos contratuais em caráter complementar, é necessário que o valor do capital segurado seja expresso na moeda corrente nacional.
100	Art. 45. No caso de fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio poderão ser deduzidas do valor da indenização, excluídos os juros do fracionamento.	AIDA BRASIL	Art. 45. No caso de fracionamento do prêmio único, quando o pagamento do capital segurado acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio poderão ser deduzidas do valor da indenização, excluídos os juros do fracionamento.	Alteração de indenização para capital segurado.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
101	<b>Resgate e Portabilidade</b>					
102	Art. 46. Deverão constar das condições contratuais os critérios para concessão de resgate e portabilidade, incluindo eventual período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado, observada a regulação vigente.					
103	§ 1º O pagamento do resgate deve ser efetuado por meio de transferência para conta de depósito, à vista ou poupança, ou conta de pagamento pré-paga, até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado na sociedade seguradora ou à data por ele programada para a efetivação do resgate.	FenaPrevi	§ 1º O pagamento do resgate deve ser efetuado por meio de transferência para conta de depósito, à vista ou poupança, ou conta de pagamento pré-paga, <b>de titularidade do segurado</b> , até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou seu representante legal na sociedade seguradora ou à data por ele programada para a efetivação do resgate.	Ajuste para estabelecer que o crédito sempre será em favor do titular, mas que a solicitação poderá ser feita através de procuração.	Acatada	Sugestão acatada.
104	§ 2º A sociedade seguradora cedente dos recursos deverá efetivar a portabilidade até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou à data por ele programada para a efetivação da portabilidade.					
105	<b>Comunicação, regulação e liquidação de sinistros</b>					
106	Art. 47. Deverão ser informados os procedimentos para comunicação, regulação e liquidação de sinistros, incluindo a listagem dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.					



107	Art. 48. Deverá ser estabelecido prazo para a liquidação dos sinistros, limitado a trinta dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no art. 47.					
108	§ 1º Deverá ser estabelecido que, no caso de solicitação de documentação complementar, na forma prevista no art. 47, o prazo de que trata o caput será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.					
109	§ 2º Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto no caput implicará aplicação de juros de mora a partir daquela data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos de legislação específica.					
110	Art. 49. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no art. 48.	FenaPrevi	Art. 49. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente por qualquer meio que se possa comprovar, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no art. 48.	Deixar claro a possibilidade da comunicação da recusa por qualquer meio, inclusive remoto.	Não acatada	A possibilidade de uso de meios remotos nas operações de seguro é tratada em normativo específico.
111	Art. 50. É vedada a inclusão de cláusula que fixe prazo máximo para a comunicação de sinistro.	FenaPrevi	Art. 50. É vedada a inclusão de cláusula que fixe prazo máximo para a comunicação de sinistro inferior ao prazo prescrito estabelecido em lei.	Ajuste do dispositivo às disposições legais.	Não acatada	A redação proposta está em consonância com o art. 771 do Código Civil.
112	Art. 51. As condições contratuais deverão prever, para cada cobertura, a data considerada como data do evento para fins de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros.					
113	Parágrafo único. Deverão ser consideradas como data do evento para os fins determinados no caput:					
114	I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente; e					
115	II – para a cobertura de invalidez não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica.					
116	Art. 52. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à conclusão de inquérito policial.	AIDA BRASIL	Art. 52. É vedado o condicionamento do pagamento do capital segurado à conclusão de inquérito policial.	Alteração de indenização para capital segurado.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
117	Art. 53. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, deverão ser aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.					
118	Art. 54. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.	AIDA BRASIL	Art. 54. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido. Nathalia   Amanda: sem alterações	Exclusão da previsão de atualização do capital segurado, não devida de forma automática.	Parcialmente acatada	Existirão situações em que a atualização monetária é de fato devida, tal como nos casos de atraso no pagamento do reembolso. Entretanto, a redação foi alterada para que não se entenda que em todo e qualquer caso de reembolso deverá ocorrer atualização monetária do valor a ser reembolsado.
119	Art. 55. Alternativamente ao disposto no art. 54, desde que previsto nas condições contratuais e solicitado pelo segurado ou beneficiário, o reembolso ou o pagamento de indenizações relacionadas a despesas efetuadas no exterior poderá ser liquidado em moeda estrangeira.	AIDA BRASIL	Art. 55. Alternativamente ao disposto neste artigo, desde que previsto nas condições gerais e solicitado pelo segurado ou o beneficiário, o reembolso ou o pagamento de indenizações relacionadas a despesas efetuadas no exterior poderá ser liquidado em moeda estrangeira, se na data efetiva da liquidação o segurado ou o beneficiário ainda se encontrar no exterior.	Previsão anterior era específica do Seguro Viagem e indicava a exigência de que o segurado ainda estivesse no exterior. Ausência de motivos para exigir pagamento em moeda estrangeira no país.	Não acatada	O dispositivo não obriga que o reembolso seja feito em moeda estrangeira no país, apenas cria essa possibilidade desde que as partes assim desejem.
120	<b>Reintegração</b>					
121	Art. 56. Deverá ser incluída cláusula que especifique se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.	AIDA BRASIL	Art. 56. Com exceção das coberturas que garantam o risco de morte do Segurado, deverá ser incluída cláusula que especifique se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.	Inaplicabilidade da possibilidade de reintegração no caso da cobertura de Morte.	Não acatada	No caso de morte, naturalmente, não há que se falar em reintegração, sendo desnecessária a inclusão da ressalva.
122	Parágrafo único. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática.					
123	<b>Perda de direitos</b>					
124	Art. 57. Deverá constar das condições contratuais cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 57. Deverá constar das condições contratuais, em linguagem clara e destacada, e tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco, cabendo à seguradora a comprovação, mediante apresentação de documentação hábil.	O caput do art. 57 da proposta regulatória aponta a possibilidade de limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da prestação contratual, disposto no art. 46, caput, e Art. 54, § 3º, do CDC. Importa ressaltar que a seguradora deve comprovar, mediante documentação, que o consumidor agravou intencionalmente o risco, condição essa que proporciona maior segurança ao consumidor dos atos realizados pela seguradora.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigá-lo a não usar cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento. O dispositivo apenas estabelece que é obrigatório constar nas condições contratuais o conteúdo do disposto no art. 768 do Código Civil. Art. 768. O segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.
124	Art. 57. Deverá constar das condições contratuais cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.	AIDA BRASIL	Art. 57. Deverá constar das condições contratuais cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito ao capital segurado se agravar intencionalmente o risco.	Alteração de indenização para capital segurado.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
125	Art. 58. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.	FenaPrevi	Art. 58. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive doenças e lesões preexistentes, que possam influir na aceitação da proposta, em no valor do prêmio ou na regulação do sinistro, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.	1) Adequação da redação, com a inclusão expressa das doenças e lesões preexistentes, em acomodação à previsão do art. 27 original. 2) inclusão de que a declaração inexata ou omissão de informações pode influir também na regulação do sinistro.	Não acatada	Não cabe inclusão de exemplos de tipos de omissões e declarações inexatas na proposta. A questão das doenças preexistentes está tratada em dispositivo específico da minuta. Sobre a segunda parte da sugestão, cabe ressaltar que o dispositivo está relacionado à subscrição de risco e não à regulação de sinistro. O dispositivo apenas estabelece que é obrigatório constar nas condições contratuais e na proposta o conteúdo do disposto no art. 766 do Código Civil.  Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrir, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio.

125,5		FenaPrevi	<p>§ 1º Não poderão ser objeto de exclusão de cobertura do seguro as doenças preexistentes:</p> <p>I - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta;</p> <p>II - que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta.</p> <p>§2º É vedada a <b>exclusão de doenças preexistentes, perda de direito à cobertura em virtude de doença preexistente</b> quando não for exigido pela sociedade seguradora o preenchimento de declaração pessoal de saúde ou qualquer outro meio de disponibilização de informações pelo segurado sobre sua condição prévia de saúde.</p> <p>§ 3º Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta.</p> <p>§ 4º Na hipótese prevista no §3º deste artigo, a apólice individual ou certificado individual deverão discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura.</p>	<p>Realocação dos §§ do Art. 27, dado que a não cobertura por doença preexistente é uma causa de perda de direitos, e não um risco excluído.</p> <p>Ajuste no § 2º para prever outros tipos de underwriting utilizados pelo mercado, como, por exemplo, tele underwriting, inteligência artificial, análise facial e outros apps que subsidiam a subscrição.</p>	Não acatada	<p>O fato de um proponente possuir uma doença preexistente por si só não é causa de perda de direitos. A omissão ou declaração falsa a respeito de doença preexistente é que enseja a perda de direito, caso comprovado que o segurado já tinha conhecimento da doença e silêncio de má fé.</p> <p>A declaração pessoal de saúde poderá ser preenchida e assinada por meios remotos nos termos da regulamentação específica. Entretanto, o uso de mecanismos como análise facial ou outros aplicativos de subscrição, que não agreguem informações conscientemente prestadas pelos proponentes, não substitui a declaração pessoal de saúde para fins do que dispõe o § 2º do art. 27 da minuta.</p>
126	Parágrafo único. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:	J. ARMANDO BATISTA E BENES ADVOGADOS ASSOCIADOS	<p>Substituição da expressão "deverá" por "poderá" ou então repetir o exato texto de lei, qual seja: "Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio".</p>	<p>A previsão contida no parágrafo único do artigo 766 do Código Civil traz o racional de que quando o segurado não estiver de má-fé, é dado ao segurador, observando a estabilidade econômica do fundo mutual, oferecer a cobertura do seguro cobrando a diferença do prêmio, ou, se assim não for possível, resolver o contrato retornando as partes ao seu status quo ante, recebendo o segurado ou seus herdeiros a devolução do prêmio pago. Note-se que o parágrafo único diz textualmente que se "a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio". Destaca-se: "o segurador terá direito".</p> <p>A análise contextualizada do artigo 766 e seu parágrafo único, pressupõe soluções alternativas a depender do segurado ter agido ou não de boa-fé. O dispositivo legal oferece ao segurador a possibilidade de conferir um benefício ao segurado ou a seus beneficiários quando ausente a BOA-FÉ OBJETIVA, mas caracterizada a boa-fé subjetiva, ou seja, não apresenta a má-fé. Daí porque deve ser prestigiada a expressão "poderá" presente na circular 302/2005. Enfim, deve ser facultado ao segurador, na hipótese de ocorrência de sinistro, realizar o pagamento da indenização com a dedução da diferença do prêmio, caso não seja observada a má-fé e inexistir risco de comprometimento da estabilidade econômica do fundo mutual. Se não for essa a opção, cancela-se o contrato e a partes retroagem ao status quo ante.</p>	Não acatada	<p>Os incisos do parágrafo único já trazem todas as opções possíveis de serem adotadas pela seguradora, de modo que certamente uma das alternativas será de fato a adotada no caso concreto. Além disso, o termo "podendo" está contido em cada uma das alíneas, precedendo aquilo que é de fato uma faculdade da supervisionada.</p> <p>O dispositivo está em linha com o conteúdo do art. 50 da Circular Susep nº 621/2020.</p>
126	Parágrafo único. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:	FenaPrevi	<p>§ 5º. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora <del>deverá</del> <b>poderá</b>:</p>	<p>O art. 766 do Código Civil prevê, em seu caput: "Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido." Observe que o caput do art. 766 não impõe a existência de má-fé para que ocorra a perda do direito à garantia, diferentemente do que ocorre nos artigos 768 e 769, por exemplo.</p> <p>O que o legislador o faz, no P.U do art. 766, é conceder à seguradora, na hipótese de inexistir má-fé por parte do segurado, o direito de resolver o contrato (dissolução do contrato por inadimplemento culposo), ou cobrar diferença no valor do prêmio (dado o incremento no risco gerado pela omissão), essa última hipótese mesmo após o sinistro.</p> <p>"Parágrafo único. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio."</p> <p>Assim sendo, o parágrafo concede um direito às seguradoras na hipótese de a omissão não resultar de má-fé, não sendo, contudo, possível entender que a previsão contida no P.U é uma obrigação.</p>	Não acatada	<p>Os incisos do parágrafo único já trazem todas as opções possíveis de serem adotadas pela seguradora, de modo que certamente uma das alternativas será de fato a adotada no caso concreto. Além disso, o termo "podendo" está contido em cada uma das alíneas, precedendo aquilo que é de fato uma faculdade da supervisionada.</p>
127	I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:	AIDA BRASIL	Exclusão.	<p>Os incisos deste dispositivo não refletem o previsto no artigo 766 do Código Civil, que não faz distinção quanto à solução aplicável para situações anteriores ou posteriores a sinistros.</p>	Não acatada	<p>O dispositivo apresenta mecanismos de operacionalização do disposto no parágrafo único do art. 766 do Código Civil, o que já é adotado pelo mercado.</p> <p>"Parágrafo único. Se a inexistência ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio."</p>
128	a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou					
129	b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.					
130	II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:					
131	a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescida da diferença cabível; ou					
132	b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzida do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.					
133	III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.					

134	Art. 59. Deverá constar das condições contratuais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 59. Deverá constar das condições contratuais, em linguagem clara e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé, mediante apresentação de documentação hábil.	O caput do art. 59 da proposta regulatória aponta possibilidade de limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art. 46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC. Sugerimos, ainda, a inclusão no caput do referido artigo de que a exclusão da indenização do segurado demandará comprovação, por parte da seguradora, da má-fé do consumidor, devendo essa comprovação ser baseada em apresentação de documentação hábil, condição essa que proporciona maior segurança ao consumidor dos atos realizados pela seguradora.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigá-lo a hája cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.  O objetivo do dispositivo é apenas estabelecer que é obrigatório constar nas condições contratuais o conteúdo do disposto no art. 769 do Código Civil:  <i>Art. 769. O segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.</i>
134	Art. 59. Deverá constar das condições contratuais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.	FenaPrevi	Art. 59. Deverá constar das condições contratuais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.	Sugere-se a exclusão do termo "consideravelmente" por imprimir demasiada subjetividade ao dispositivo, bem como a retirada da expressão final, pois, na prática, torna sem efeito o dispositivo.	Não acatada	A expressão "consideravelmente", além do trecho final, são utilizadas no art. 769 do Código Civil. <i>Art. 769. O segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé."</i>
135	§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:	FUNDAÇÃO PROCON SP	§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, deverá, por meio de comunicação formal:	No §1º do mesmo dispositivo legal, a comunicação ao segurado da rescisão contratual por parte da seguradora não deve ser opcional, mas obrigatória, em cumprimento ao dever de informação, conforme art. 6º, III, do CDC.	Não acatada	O termo "poderá" foi empregado considerando as 3 possibilidades elencadas nos incisos. A comunicação formal é obrigatória.
136	I - cancelar o seguro;					
137	II - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou					
138	III - cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.					
139	§ 2º O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.					
140	<b>Beneficiários</b>					
141	Art. 60. Deverá ser incluída cláusula específica sobre os beneficiários do seguro.					
142	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.					
143	Art. 61. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.					
144	<b>Elementos adicionais</b>					
145	Art. 62. Deverão ser estabelecidos critérios objetivos para o cancelamento, a cessação, a suspensão e a reabilitação de coberturas, quando for o caso.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 62. Deverão ser estabelecidos nas condições contratuais, em linguagem clara e de fácil entendimento ao consumidor, os critérios objetivos para o cancelamento, a cessação, a suspensão e a reabilitação de coberturas, quando for o caso.	As condições que podem acarretar a rescisão contratual, cessação, interrupção ou reabilitação de coberturas devem ser especificadas no contrato de seguros em linguagem clara, de forma que o consumidor tenha plena ciência sobre elas. Resulta-se assim o dever de informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC.	Não acatada	Já existe a previsão de que todo texto das condições contratuais deverá ser redigido em linguagem clara (art. 4º da minuta), e não somente a cláusula relacionada a este dispositivo.
146	Art. 63. Deverá ser incluída cláusula de rescisão contratual.					
147	§ 1º No caso de rescisão do contrato, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.					
148	§ 2º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no §1º deste artigo em caso de rescisão por iniciativa do segurado, desde que leve em consideração o prêmio já pago.					
149	Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais que qualquer modificação da apólice coletiva em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais, em linguagem clara e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, cláusula específica prevendo que qualquer modificação da apólice coletiva em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.	O caput do art. 64 da proposta regulatória aponta limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art.46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	A necessidade de anuência de 3/4 do grupo para efetivação de alteração na apólice representa uma proteção aos consumidores, e não restrição de direitos. O padrão é que as cláusulas restritivas de direito sejam redigidas em destaque. Ao determinar que a cláusula de que trata o dispositivo seja redigida em destaque, perde-se a função da redação em destaque.
149	Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais que qualquer modificação da apólice coletiva em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.	FenaPrevi	Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais que qualquer modificação da apólice coletiva <del>em</del> <b>total ou parcialmente</b> em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.	Nos casos de seguros não-contributivos, entendemos não caber a necessidade de anuência dos segurados, inclusive por ferir a liberdade do estipulante de alterar contrato por ele totalmente custeado, e muitas vezes alterado para atender a determinações normativas. Sendo assim, consideramos pertinente a proposta ora apresentada, de modo a limitar a necessidade de anuência para as apólices total ou parcialmente contributivas.	Não acatada	A dispensa de recolhimento de anuência de três quartos não pode ser a regra, mas sim ser admitida em casos excepcionais, previstos na minuta objeto do CP nº 412/2021, considerando o disposto no §2º do art. 801 do Código Civil: <i>"§2º A modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo."</i>
150	Art. 65. Deverá ser estabelecido que as questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.					
151	Art. 66. Em caso de inclusão de cláusula disposta sobre violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, deverá ser observado que as situações de perda de direitos, riscos excluídos ou suspensão do pagamento da indenização, qualquer que sejam, inclusive quando decorrentes de embargos e sanções aplicados por organismos internacionais, devem estar descritas de forma clara e objetiva, em destaque, não podendo conter referências genéricas.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 66. Em caso de inclusão de cláusula disposta sobre violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, deverá ser observado que as situações de perda de direitos, riscos excluídos ou suspensão do pagamento da indenização, qualquer que sejam, inclusive quando decorrentes de embargos e sanções aplicados por organismos internacionais, devem estar descritas de forma clara e objetiva, em destaque, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, não podendo conter referências genéricas.	O caput do art. 66 da proposta regulatória aponta limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art.46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	Já conta a previsão de necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigá-lo a hája cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
152	<b>CAPÍTULO III NOTA TÉCNICA ATUARIAL</b>					

153	Art. 67. A nota técnica atuarial do plano de seguro, elaborada por atuariário, deve conter sua estruturação técnica e manter estreita relação com as condições contratuais.					
154	§1º Para os planos de seguro que contenham exclusivamente coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição simples, a nota técnica atuarial do plano deverá ser mantida sob guarda da sociedade seguradora, com o devido controle de versionamento em caso de alterações, e apresentada à Susep quando solicitado ou quando previsto em regulamentação específica.					
155	§2º Para os planos de seguro com coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização e/ou de repartição de capitais de cobertura, a nota técnica atuarial do plano será submetida à Susep em conjunto com as condições contratuais, na forma prevista no art. 2º, devendo conter, além do disposto no caput, a formulação dos prêmios e das provisões matemáticas, incluindo os parâmetros necessários para efetivação dos respectivos cálculos.					
156	Art. 68. Caso seja adotada no plano tábua biométrica com atualização periódica, deverá ser utilizada, para fins de cálculo do valor dos prêmios, a versão da tábua apresentada na nota técnica atuarial durante todo o ciclo de vida do produto, independente da ocorrência de eventual atualização da tábua em momento posterior ao do registro do produto.					
157	§1º Caso tenha interesse na comercialização de produtos cuja tarifação se baseie na versão atualizada da tábua, a sociedade seguradora deverá promover a alteração do produto já registrado ou o registro de novo plano.					
158	§ 2º A alteração de produto de que trata o §1º deste artigo deverá observar o disposto no art. 2º.					
159	<b>CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS</b>					
160	<b>Invalidez</b>					
161	Art. 69. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.	AIDA BRASIL	Exclusão.	Desnecessidade da previsão regulatória, considerando que as seguradoras podem, a princípio, oferecer coberturas cujo ganho esteja atrelado à concessão de aposentadoria por invalidez por órgãos de previdência.	Não acatada	O dispositivo não veda que as seguradoras ofereçam coberturas cujo ganho esteja atrelado à concessão de aposentadoria por invalidez por órgãos de previdência. Apenas deixa claro que a aposentadoria por invalidez por órgão de previdência por si só não é suficiente para caracterizar o estado de invalidez se a seguradora estabeleceu em suas condições gerais critérios diferentes deste.
162	Art. 70. Para cobertura de invalidez permanente por acidente que garanta o pagamento de indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, deverão ser previstos nas condições contratuais:	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 70. Para cobertura de invalidez permanente por acidente que garanta o pagamento de indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, deverão ser previstos nas condições contratuais, em linguagem clara e de fácil entendimento ao consumidor:	Resulta-se assim o dever da Informação, um dos pilares do Código de Defesa do Consumidor, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, conforme art.46, caput, do CDC.	Não acatada	Já existe a previsão de que todo texto das condições contratuais deverá ser redigido em linguagem clara (art. 4º da minuta), e não somente a cláusula relacionada a este dispositivo.
163	I - critérios objetivos para apuração do valor da indenização;					
164	II - critérios para apuração do valor da indenização por perda parcial no caso de não estarem abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado;					
165	III - critérios para apuração do valor da indenização no caso de falta de indicação exata do grau de redução funcional;					
166	IV - critérios para apuração do valor da indenização quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão;					
167	<b>Doenças graves e doença terminal</b>					
168	Art. 71. Quando do oferecimento de coberturas de doenças graves ou de doença terminal é vedada a vinculação do valor da indenização a despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.					
169	<b>Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas</b>					
170	Art. 72. É admitida a estruturação de cobertura que garanta o reembolso de despesas ou a prestação de serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos desde que decorrentes de acidente pessoal coberto.	FenaPrevi	Art. 72. É admitida a estruturação de cobertura que garanta o reembolso de despesas ou a prestação de serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos até o limite do capital segurado, desde que cumpridas a franquia e/ou a carência determinadas nas condições contratuais do seguro. <del>Desde que decorrentes de acidente pessoal coberto.</del>	Tradicionalmente, somente se admite a cobertura de DMHO para eventos relacionados à acidentes, com o objetivo de diferenciar a cobertura de seguros de pessoas do seguro de saúde. Contudo, o que diferencia os seguros de pessoas do seguro de saúde são uma série de características, dentre as quais a principal é que o seguro de pessoas se vincula a um capital segurado e o seguro de saúde não. Vejamos. Nos termos do inciso I do artigo 1º da Lei n. 9.656/98, lei que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, um Plano de Saúde consiste em: Artigo 1º - "Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor";	Não acatada	Entendemos que o pleito merece discussão aprofundada, inclusive junto à ANS e à FenaSaúde. Entretanto, o trabalho de revisão da Circular Susep nº 302/2005 não contemplou a inovação sugerida. Dessa forma, para não obstar o andamento da revisão normativa, e considerando o tempo necessário até o amadurecimento sobre a melhor forma de tratar a questão no âmbito dos seguros supervisionados pela Susep, entendemos que a demanda deve ser conduzida em paralelo aos trabalhos relacionados à presente Consulta Pública.
171	<b>Internação hospitalar</b>					
172	Art. 73. É admitida estruturação de cobertura que garanta o pagamento de indenização em caso de internação hospitalar do segurado, desde que o valor da indenização independa de eventuais despesas médicas e hospitalares decorrentes da internação.	AIDA BRASIL	Art. 73. É admitida estruturação de cobertura que garanta o pagamento do capital segurado em caso de internação hospitalar do segurado, desde que o valor do capital segurado independa de eventuais despesas médicas e hospitalares decorrentes da internação.	Utilização de capital segurado ao invés de indenização.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
173	Parágrafo único. Observado o disposto no caput, o valor da indenização poderá ser apurado de forma proporcional ao período de internação do segurado.	AIDA BRASIL	Parágrafo único. Observado o disposto no caput, o valor do capital segurado poderá ser apurado de forma proporcional ao período de internação do segurado.	Utilização de capital segurado ao invés de indenização.	Não acatada	O termo utilizado para descrever o montante efetivamente recebido pelo beneficiário é indenização.
174	<b>Disposições comuns</b>					

175	Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como risco de seguro de pessoas.	IJ, ARMANDO BATISTA E BENEZ ADOVADOS ASSOCIADOS	Esse artigo é muito amplo e a circular deixa de regular a garantia de invalidez laborativa e funcional. Sugere-se manter a regulação dessas duas garantias, a exemplo do que ocorre na circular sussepta 302/2005.	Desde a década de 1970 a garantia de invalidez por doença é extremamente controversa e a Susesp sabiamente resolveu o problema com a edição da circular 302/2005 e recentemente se posicionou no STJ no julgamento do tema 1.068 onde se declarou válida a garantia de IPD. Abandonar a regulação a respeito será abrir um novo campo de discussões, que depois de décadas se consolidou na jurisprudência. Isso não significa que não possa a regulação deixar em aberto a possibilidade de se estabelecer novas coberturas a depender da necessidade social e criatividade dos seguradores.	Não acatada	Um dos objetivos do normativo é a flexibilização, para que possam ser estruturadas coberturas mais diversas e aderentes às reais necessidades dos consumidores. Nesse sentido, foram retratadas as menções expressas a coberturas que não necessitam de detalhamento de aspectos operacionais em regulamentação. Destacamos que a observância integral dos normativos específicos aplicáveis a seguros de pessoas com coberturas de risco, além de outros normativos que complementam o arcabouço regulatório, tal como a Resolução CNSP nº 382/2020, minimiza em grande medida a possibilidade de prejuízos ao mercado, tal como ocorreu com a antiga cobertura de IPD. Por fim, ressaltamos que as coberturas de IPD e ILPD continuam passíveis de serem oferecidas, observada regulamentação em vigor.
175	Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como risco de seguro de pessoas.	AIDA BRASIL	Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como riscos de seguro de pessoas.	Ajuste redacional.	Acatada	Sugestão acatada.
175	Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como risco de seguro de pessoas.	FenaPrevi	Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como risco de seguro de pessoas.	Projete-se a evolução do dispositivo, pois conflita com o art. 19, o qual consideramos mais adequado, pois permite maior flexibilidade para a estruturação de produtos.	Não acatada	O art. 19 trata da possibilidade de inclusão de coberturas de ramos e segmentos diversos no mesmo plano de seguro (mesmas condições contratuais), inclusive conjugando seguros de danos e pessoa, por exemplo. O art. 74 não se relaciona com o art. 19, uma vez que prevê expressamente a possibilidade de desenvolvimento e oferecimento de coberturas de seguros de pessoas (não se trata de coberturas de outros grupos ou segmentos) diferentes daquelas explicitamente citadas no normativo. A inclusão do dispositivo vem para deixar claro que as seguradoras não precisam se limitar às coberturas de seguros de pessoas que a norma cita expressamente.
176	Art. 75. No caso de o plano possibilitar a inclusão de segurados dependentes, as condições contratuais deverão estabelecer os critérios para tal inclusão, possíveis graus de parentesco com o segurado principal, as coberturas passíveis de contratação e as situações em que se dará a cessação da cobertura de cada segurado dependente.					
177	Art. 76. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.					
177	Art. 76. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.	FenaPrevi	Art. 76. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidez do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a realização de perícia médica custeada integralmente pela seguradora ou a constituição de junta médica.	Inclusão de alternativa de realização de perícia médica custeada integralmente pela seguradora.	Não acatada	A seguradora tem a faculdade de realizar a perícia médica como forma de regular sinistros. O resultado de negativa de cobertura a partir da perícia médica realizada pela seguradora é uma das formas de caracterização da divergência de que trata o dispositivo.
178	§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por três membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempartador, escolhido pelos dois nomeados.					
179	§ 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.					
180	§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.					
181	<b>CAPÍTULO V ASPECTOS ESPECÍFICOS</b>	FenaPrevi	<b>CAPÍTULO V SEGUROS ASPECTOS ESPECÍFICOS</b>	Ajuste redacional	Acatada	Sugestão acatada.
182	<b>Seguro funeral</b>					
183	Art. 77. O seguro funeral tem por objetivo garantir aos beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais.					
184	<b>Seguro prestamista</b>					
185	Art. 78. No seguro prestamista, o capital segurado poderá ser fixo ou variar de acordo com parâmetros objetivos relacionados à obrigação a que o seguro está atrelado.					
186	§ 1º As condições contratuais deverão dispor sobre os possíveis critérios de estabelecimento do capital segurado, incluindo a forma de apuração do capital segurado caso este não seja fixo.					
187	§ 2º O critério efetivamente aplicável ao seguro contratado deverá constar da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice, do bilhete e do certificado individual.					
188	Art. 79. A formalização da contratação do seguro deve se dar por documento próprio e apartado daqueles relacionados à obrigação assumida.					
189	Art. 80. A apólice, nos seguros individuais, o bilhete e o certificado individual deverão especificar a obrigação à qual o seguro está vinculado.					
190	Parágrafo único. No seguro prestamista empresarial integral, na forma prevista na regulamentação em vigor, a obrigação à qual o seguro prestamista está vinculado deverá estar especificada na apólice.					
191	Art. 81. As condições contratuais do seguro prestamista deverão dispor, além de outros elementos mínimos previstos nesta e demais regulamentações aplicáveis:					
192	i - sobre os casos de reatuação do prazo original do contrato relativo à obrigação e de extinção antecipada da obrigação;					

193	II - que é facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação;	FenaPrevi	II - que é facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação, <b>com a possibilidade do credor requerer a substituição da garantia ou a repactuação do contrato principal.</b>	Muitas vezes o preço, taxa e condições originais apenas são possíveis de serem mantidas mediante a garantia do seguro. Possibilitar o cancelamento da garantia unilateralmente certamente irá gerar impactos ao contrato original. Por este motivo, faz-se necessário que haja a possibilidade de substituição da garantia ou repactuação do contrato principal.	Não acatada	O seguro prestamista não é de contratação obrigatória e não se confunde com o seguro de crédito. Esse dispositivo já constava na regulamentação vigente, não sendo uma inovação da minuta proposta.
194	III - as regras e critérios para os casos em que haja mais de um proponente regional pelo pagamento da obrigação;					
195	IV - se parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto;					
196	V - que a atualização anual do capital segurado e do respectivo prêmio ocorrerá com base em índice pactuado, nos termos da regulamentação em vigor, para as coberturas estruturadas com capital segurado fixo;					
197	VI - o critério de recálculo do capital segurado e, quando for o caso, do respectivo prêmio, incluindo a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, para as coberturas estruturadas com capital segurado variável de acordo com parâmetros objetivos; e					
198	VII - que na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.					
199	Art. 82. No caso de o plano prever limite máximo de capital segurado, é vedado que haja cobrança de prêmio com critério de cálculo que tenha como base capital segurado superior a este limite.					
200	Art. 83. Se comprovada a proteção injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.	AIDA BRASIL	Exclusão.	Previsão já constante do capítulo de regulação e liquidação de sinistros. Hipótese a ser verificada no caso concreto, não sendo possível à norma regulatória estabelecer que sucessivas solicitações de documentos adicionais necessariamente será prática abusiva.	Não acatada	Não há a mesma previsão no capítulo de regulação e liquidação de sinistros. O dispositivo não vincula que sucessivos pedidos de documentos implica necessariamente em proteção injustificada. Será verificado no caso concreto. A demora em liquidar o seguro prestamista, gera consequências no contrato atrelado ao seguro, por isso a necessidade do dispositivo.
201	Art. 84. Independentemente da modalidade de capital segurado definida, caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.	FenaPrevi	Art. 84. Independentemente <del>da modalidade de capital segurado,</del> <b>definido o critério estabelecido para a fixação do capital segurado,</b> caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.	Ajuste redacional para compatibilizar e guardar coerência do dispositivo com a nova abordagem de não estipulação taxativa de modalidade de capital segurado, conforme art. 78 da minuta.	Acatada	Sugestão acatada.
202	<b>Seguro educacional</b>					
203	Art. 85. As coberturas do seguro educacional visam auxiliar o custeio das despesas com educação dos beneficiários em razão da ocorrência dos eventos cobertos.					
204	§ 1º As coberturas de que trata o caput poderão estar relacionadas a quaisquer riscos de seguro de pessoas.					
205	§ 2º As condições contratuais deverão explicar, de forma clara, as eventuais consequências decorrentes da possibilidade de descasamento entre os critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.	FUNDAÇÃO PROCON SP	§ 2º As condições contratuais deverão explicar, de forma clara, e destacada, em tamanho e cor da fonte utilizada no texto contratual, as eventuais consequências decorrentes da possibilidade de descasamento entre os critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.	O § 2º do art. 85 da proposta regulatória aponta limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art.46, caput, e Art.54, § 3º, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigar que a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
206	Art. 86. As condições contratuais deverão estabelecer se a indenização será paga diretamente à instituição de ensino.					
207	Parágrafo único. Nos seguros contributivos deverá ser garantida a possibilidade de substituição do estabelecimento de ensino que recebe diretamente a indenização.					
208	<b>Seguro viagem</b>					
209	Art. 87. O seguro viagem tem por objetivo garantir, aos segurados ou seus beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.	FenaPrevi	Art. 87. O seguro viagem tem por objetivo garantir, aos segurados ou seus beneficiários, uma indenização, <b>na forma de pagamento do valor contratado ou de reembolso, ou, ainda, de prestação de serviços,</b> limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.	Mantem a regra atual em relação às formas de pagamento da indenização.	Não acatada	A previsão sobre as formas de pagamento da indenização já consta na minuta de resolução objeto da CP nº 41/2021 (art. 13) em artigo que tem aplicabilidade ampla, não somente aos casos de seguro viagem.
210	Art. 88. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas (DMHO) em viagem consiste na indenização, na forma prevista nas condições contratuais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem.					
211	§ 1º Em caso de viagem internacional, o seguro viagem deve estar vinculado ao oferecimento, no mínimo, da cobertura de DMHO em viagem.					
212	§ 2º É vedada a estruturação de cobertura de DMHO em viagem internacional que cubra exclusivamente eventos ocasionados por acidentes pessoais.					
213	§ 3º A cobertura de DMHO em viagem internacional deve cobrir, até o limite do capital segurado contratado, as despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, decorrentes de episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência.	FenaPrevi	§ 3º A cobertura de DMHO em viagem internacional deve cobrir, até o limite do capital segurado contratado, as despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, decorrentes de episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, <b>não incluindo a continuidade do tratamento.</b>	Ajuste para deixar claro que não está incluída a continuidade de tratamento médico além do necessário para estabilização do quadro clínico.	Não acatada	A redação original já vincula a cobertura à estabilização do quadro clínico do segurado. O complemento sugerido poderia dar a entender equivocadamente que não estaria coberto eventual tratamento necessário.

214	§ 4º Quando a forma de indenização da cobertura de DMNO em viagem internacional se der exclusivamente por meio de rede referenciada, deverá ser garantido ao segurado, em caso de emergência ou urgência, a possibilidade de reembolso de despesas incorridas fora da rede referenciada do plano de seguro relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita a transferência para estabelecimento constante da rede referenciada.					
215	§ 5º Para efeito do disposto neste artigo, considera-se:					
216	I - emergência: situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e					
217	II - urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.					
218	Art. 89. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação à vigência e às coberturas do seguro, da impossibilidade do retorno do segurado, em razão de evento coberto, ao seu domicílio antes do final de vigência das coberturas contratadas.	FUNDAÇÃO PROCON SP	Art. 89. As condições contratuais deverão especificar, de forma clara, e destacada, em tamanho e cor dá fonte utilizada no texto contratual, as consequências, em relação à vigência e às coberturas do seguro, da impossibilidade do retorno do segurado, em razão de evento coberto, ao seu domicílio antes do final de vigência das coberturas contratadas.	O caput do art. 89 da proposta regulatória aponta limitação de direito do consumidor, motivo pelo qual essa limitação deve ser informada de forma clara e destacada, respeitando o dever de informação, conforme art. 6º, III, bem como da proteção contratual, disposta no art.46, caput, e Art.154, § 3º, do CDC.	Não acatada	O normativo já prevê a necessidade de destaque da cláusula. Muitas vezes a documentação não é impressa em cores. Sendo assim, obrigar que a haja cores de fontes diferentes pode elevar o custo operacional do segmento.
219	Art. 90. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação ao seguro originalmente contratado, do regresso antecipado do segurado.					
220	<b>CAPÍTULO VI</b> <b>DISPOSIÇÕES FINAIS</b>					
221	Art. 91. Os planos de seguros de pessoas registrados na Susep antes do início de vigência desta Circular, e que não estejam em conformidade com suas disposições, deverão ser adaptados à presente norma em até cento e oitenta dias após sua entrada em vigor, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.	FenaPrevi	Art. 91. Os planos de seguros de pessoas registrados na Susep antes do início de vigência desta Circular, e que não estejam em conformidade com suas disposições, deverão ser adaptados à presente norma em até <del>dozentos e oitenta</del> <del>cento e oitenta</del> dias após sua entrada em vigor, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.	É necessária a ampliação do prazo para adaptação, em razão do grande número de novos normativos entrando em vigor, demandando ajustes operacionais e técnicos (registro dos produtos na Susep, ajustes nos materiais, disponibilização aos segurados, etc). Além disso, as demandas normativas relacionadas ao SRD e ao open insurance tem gerado grande esforço das seguradoras.	Acatada	Sugestão acatada.
221,5		FenaPrevi	Parágrafo Único. O disposto no caput deste artigo aplica-se exclusivamente às contratações, renovações ou adesões celebradas a partir da vigência desta norma.	A inclusão do parágrafo proposto é indispensável, para não restar qualquer tipo de dúvida de que a adaptação exigida não alcança as contratações celebradas antes da edição do normativo.	Não acatada	A questão já é tratada por meio da combinação entre o caput do art. 91 e o § 2º do art. 27 da minuta, o qual prevê os casos para os quais a alteração de plano de seguro já registrado na Susep será válida.
222	Art. 92. Os planos de seguro registrados na Susep a partir do início de vigência desta Circular deverão obedecer aos critérios nela definidos.					
223	Art. 93. A Susep poderá, no exercício de suas competências legais, analisar e supervisionar os documentos relacionados aos contratos de seguros de pessoas, podendo inclusive determinar, se necessário e de forma fundamentada, alterações e suspensão dos planos de seguro.					
224	Art. 94. Ficam revogados:					
225	I - a Circular Susep nº 302, de 20 de setembro de 2005;					
226	II - a Circular Susep nº 316, de 14 de janeiro de 2006;					
227	III - a Circular Susep nº 312, de 16 de janeiro de 2006;					
228	IV - a Circular Susep nº 516, de 3 de julho de 2015;					
229	V - o Capítulo II da Circular Susep nº 535, de 28 de abril de 2016;					
230	VI - a Carta Circular Susep/DETEC nº 8, de 18 de outubro de 2007;					
231	VII - a Carta Circular SUSEP/DETEC/GAB/nº 01, de 17 de Junho de 2009; e					
232	VIII - a Carta Circular Susep/CGPRO nº 2, de 14 de abril de 2011.					
233	Art. 95. Esta Circular entra em vigor em xx de xxx de xxxx.					