



SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP Nº 440, DE 27 DE JUNHO DE 2012.

Estabelece parâmetros obrigatórios para planos de microsseguro, dispõe sobre as suas formas de contratação, inclusive com a utilização de meios remotos, e dá outras providências.

O SUPERINTENDENTE SUBSTITUTO DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, na forma prevista na alínea “b” do artigo 36 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, no item 2 da Resolução CNSP nº 16, de 25 de outubro de 1979, e na Resolução CNSP nº 244, de 6 de dezembro de 2011, considerando o que consta do Processo Susep nº 15414.002278/2012-79,

R E S O L V E :

Art. 1º Estabelecer parâmetros obrigatórios para planos de microsseguro, dispor sobre suas formas de contratação, inclusive com a utilização de meios remotos, e dar outras providências.

CAPÍTULO I DOS PARÂMETROS OBRIGATÓRIOS

Art. 2º As condições gerais e os regulamentos dos planos de microsseguro deverão conter, obrigatoriamente, as seguintes informações em conformidade com o disposto nesta norma:

- I – o nome do plano;
- II – o objetivo do plano;
- III – o público-alvo do(s) segmento(s) de baixa renda ou do(s) grupo(s) de microempreendedores individuais a que se destina o plano;
- IV – a(s) cobertura(s) oferecida(s) pelo plano;
- V – os riscos e/ou bens excluídos referentes a cada cobertura oferecida pelo plano;
- VI – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas pelo plano;
- VII – a forma de contratação, se mediante emissão de bilhete ou de apólice ou de certificado individual, não sendo admitida mais de uma forma de contratação concomitante para um mesmo plano de microsseguro;
- VIII – os critérios para o início e o término da vigência e, se for o caso, renovação do plano;
- IX – a(s) forma(s) de pagamento do prêmio ou da contribuição, único(a) ou periódico(a), não sendo permitido o fracionamento do prêmio único ou da contribuição;
- X – os prazos de tolerância ou os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos pelo plano;

XI – os meios a serem utilizados pelo segurado ou participante para pagamento do(s) prêmios(s) ou da(s) contribuição(ões);

XII – os documentos requeridos para cada cobertura no caso de ocorrência de evento coberto;

XIII – o prazo máximo para pagamento da indenização ou do benefício referente a cada cobertura oferecida; e

XIV – o(s) canal(is) de distribuição utilizado(s) para a comercialização do plano.

Parágrafo único. Quando os planos de microsseguros apresentarem condições especiais, os incisos IV, V, VI, XII e XIII deste artigo deverão estar nelas informados.

Art. 3º A nota técnica atuarial dos planos de microsseguro deverá conter, no mínimo, os seguintes elementos:

I – o nome do plano;

II – o objeto do plano;

III – a definição objetiva do público-alvo do(s) segmento(s) de baixa renda ou do(s) grupo(s) de microempreendedores individuais a que se destina o plano com a correspondente justificativa técnica da opção pelo(s) segmento(s), observado o plano de negócios da sociedade seguradora e os critérios estabelecidos no Capítulo II desta norma;

IV – a(s) cobertura(s) oferecida(s) pelo plano;

V – o valor ou o percentual da franquia aplicável a cada cobertura, se prevista pelo plano;

VI – o prazo de carência aplicável a cada cobertura, se previsto pelo plano;

VII – a especificação das taxas, prêmios puros ou contribuições;

VIII – as estatísticas ou premissas utilizadas para a definição das taxas, com especificação do período e fonte utilizados e o respectivo demonstrativo de cálculo ou tábuas biométricas, conforme o caso;

IX – os critérios de reavaliação de taxas, incluindo formulação e períodos;

X – os carregamentos, com especificação dos percentuais máximos e mínimos aplicáveis;

XI – a forma de constituição das provisões técnicas; e

XII – a assinatura do atuário responsável, com número de identificação profissional perante o órgão competente.

Parágrafo único. As coberturas de danos serão contratadas a primeiro risco absoluto.

Art. 4º O nome do plano deverá manter estreita relação com a(s) cobertura(s) oferecida(s), não induzindo o consumidor a erros de interpretação. *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Parágrafo único. É obrigatória a inserção do código de contabilização do ramo de microsseguro do produto, logo após o número do processo Susep, nas condições contratuais e demais documentos utilizados na sua comercialização e divulgação.

CAPÍTULO II

DOS CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DO PÚBLICO-ALVO

Art. 5º A justificativa técnica contida na nota técnica atuarial para embasar a definição do público-alvo do(s) segmento(s) de baixa renda ou do(s) grupo(s) de microempreendedores individuais a que se destina o plano de microsseguro deverá incluir, obrigatoriamente:

I – A identificação do(s) critério(s) de segmentação adotado(s) para a definição do público-alvo do plano, que poderá contemplar um ou mais dos seguintes:

a) Critérios demográficos, assim considerados aqueles que se referem a idade, rendimento, sexo, tamanho da família, escolaridade, ocupação, entre outros;

b) Critérios geográficos, assim considerados aqueles que se referem a regiões específicas, zonas climáticas, proximidade ou afastamento do mar, tipo de relevo, entre outros;

c) Critérios sociais, assim considerados aqueles que se referem a programas sociais, entre outros;

d) Critérios econômicos, assim considerados aqueles que se referem a atividades econômicas específicas, entre outros;

e) Critérios comportamentais, assim considerados aqueles que fazem referência a comportamento, estilo de vida, decisões de consumo, práticas culturais, atividades esportivas, frequência a estabelecimentos e outros locais, hábitos de utilização, entre outros; ou

f) A combinação de dois ou mais dos critérios acima listados.

II – A descrição das características específicas do(s) segmento(s) ou grupo(s) selecionado(s);

III – A dimensão do(s) segmento(s) ou grupo(s) selecionado(s); e

IV – A definição do(s) canal(ais) de distribuição utilizado(s) para atingir o(s) segmento(s) ou grupo(s) selecionado(s).

Art. 6º Cada segmento ou grupo selecionado deverá obedecer às seguintes características:

I – Homogeneidade: o(s) segmento(s) ou grupo(s) deve(m) ter um conjunto de características que são comuns a todos os elementos que o compõem; e

II – Mensurabilidade: o(s) segmento(s) ou grupo(s) selecionado(s) devem ser mensuráveis e possibilitar o levantamento e registro de dados estatísticos sobre eles.

CAPÍTULO III DAS COBERTURAS

Seção I Das Definições das Coberturas

Art. 7º Os planos de microsseguro poderão ofertar as seguintes coberturas, isoladamente ou em conjunto, cujas definições deverão observar as seguintes redações: *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

I – coberturas de pessoas:

a) morte – consiste no pagamento do capital segurado/benefício ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, de uma única vez ou sob a forma de renda,

conforme definido nas condições gerais/regulamento ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período de vigência do microsseguro.

b) morte acidental – consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso de falecimento do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto ocorrido durante o período de vigência do microsseguro.

c) reembolso de despesas com funeral (RF) – consiste no reembolso das despesas com o funeral do(s) segurado(s), limitado ao valor do capital segurado.

d) invalidez permanente total por acidente (IPTA) – consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez ou sob a forma de renda, conforme estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, em caso da perda total ou impotência funcional definitiva dos membros ou órgãos definidos na apólice, no certificado individual ou no bilhete, em decorrência de lesão física sofrida pelo segurado, provocada por acidente pessoal coberto;

e) despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) – consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica e iniciado nos trinta primeiros dias contados da data de acidente pessoal coberto;

f) prestamista – consiste no pagamento de indenização ao credor em caso de ocorrência de evento coberto, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, equivalente ao saldo da dívida ou do compromisso assumido pelo segurado junto ao credor, devendo a diferença entre o capital segurado e a indenização efetivamente paga ao credor, quando verificada, ser paga ao segundo beneficiário, indicado pelo segurado, ao próprio segurado ou a seus herdeiros legais.

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

2. os eventos cobertos a que se refere esta alínea limitam-se às coberturas previstas nesta Circular. *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

g) educacional – consiste no pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s)-educando(s), ainda que representado(s) ou assistido(s), na forma da lei, em razão da ocorrência, com o(s) segurado(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, dos eventos cobertos definidos nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, visando auxiliar o custeio das despesas com educação, incluindo mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.

1. quando da contratação de cobertura educacional, a previsão do pagamento do capital segurado de forma única está restrita:

- 1.1. ao último ano letivo do período contratado;
- 1.2. à ocorrência de invalidez total do educando-segurado;
- 1.3. à concessão de um dote ao final do período de formação; ou

1.4. às despesas escolares do ano de referência.

2. os eventos cobertos a que se refere esta alínea limitam-se às coberturas previstas nesta Circular. *(Item incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

h) diárias por internação hospitalar (DIH) – consiste no pagamento de indenização proporcional ao período de internação hospitalar do segurado, limitado ao número máximo de diárias estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observadas a franquias e/ou carências, quando previstas, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas hospitalares incorridas.

i) diárias por incapacidade temporária (DIT) – consiste no pagamento de indenização proporcional ao período em que o segurado se encontrar sob tratamento médico que o impossibilite, de forma contínua e ininterrupta, a exercer sua profissão ou ocupação, observado o limite contratual máximo por evento, estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais, e a franquias e/ou carências, quando previstas.

j) desemprego – consiste no pagamento de indenização, em forma de renda mensal temporária, em decorrência da privação involuntária do segurado ao emprego formal remunerado, comprovado por carteira de trabalho, limitada ao prazo máximo estabelecido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais e observado o período de carência, quando previsto.

k) doenças graves (DG) – consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez ou sob a forma de renda em decorrência de diagnóstico de alguma das doenças devidamente especificadas, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

l) cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou dependentes – consiste na inclusão na(s) mesma(s) cobertura(s) do segurado principal, de seu cônjuge ou companheiro, seu(s) filho(s), enteado(s), pai, mãe e/ou outros dependentes. *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

m) viagem – consiste no pagamento de indenização, de uma única vez ou sob a forma de renda, ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice, no certificado individual ou no bilhete, em caso de ocorrência de evento coberto, definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro, dentro do território nacional ou, facultativamente, até 150 (cento e cinquenta) quilômetros da linha de fronteira do Brasil, durante período de viagem previamente determinado, na qual são admitidas as modalidades de:

1. morte em viagem – morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, durante o período da viagem.

2. invalidez permanente total por acidente em viagem – invalidez permanente total do segurado provocada por acidente pessoal coberto ocorrido durante o período da viagem.

3. cancelamento de viagens – consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas com a aquisição de pacotes turísticos e/ou serviços de viagens, com transporte e hospedagem, em caso de ocorrência de evento coberto que impeça o segurado de viajar, conforme definido nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

4. perda de bagagem – consiste no pagamento de indenização ao segurado, limitada ao capital segurado, no caso de perda, extravio, furto, roubo ou dano de sua bagagem, na forma prevista nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

5. despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem) – consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, realizado sob orientação médica durante o período da viagem, na forma prevista nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

6. traslado de corpo - consiste no reembolso, limitado ao capital segurado, das despesas com a liberação e transporte do corpo do segurado do local da ocorrência do evento coberto até o domicílio ou local do sepultamento.

II – coberturas de danos

a) incêndio (inclusive fumaça proveniente de incêndio ocorrido dentro ou fora do terreno onde se localiza o imóvel) – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por incêndio.

b) queda de raio – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela queda de raio ocorrida dentro da área do terreno/imóvel onde estiverem localizados os bens segurados.

c) explosão – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por explosão de gás, ocorrida dentro da área do terreno/imóvel onde estiverem localizados os bens segurados, contanto que o gás não tenha sido gerado no(s) local(is) segurado(s) ou que este(s) não faça(m) parte de qualquer fábrica de gás.

d) danos elétricos – consiste no pagamento de indenização por perdas e/ou danos físicos diretamente causados a quaisquer máquinas, equipamentos ou instalações eletrônicas ou elétricas devido a variações anormais de tensão, curto-circuito, arco voltaico, calor gerado acidentalmente por eletricidade, descargas elétricas, eletricidade estática ou qualquer efeito ou fenômeno de natureza elétrica, inclusive a queda de raio ocorrida fora do local segurado.

e) vendaval (inclusive furacão, ciclone e tornado) e granizo – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela ocorrência de vendaval e/ou granizo.

1. para efeitos desta cobertura considera-se vendaval: vento de velocidade igual ou superior a 54 (cinquenta e quatro) até 102 (cento e dois) quilômetros por hora.

2. para efeitos desta cobertura considera-se furacão: nome dado a um ciclone tropical com ventos contínuos acima de 119 (cento e dezenove) quilômetros por hora, sendo também conhecido como tufão.

3. para efeitos desta cobertura considera-se ciclone: grande massa de ar com circulação fechada em que os ventos sopram para dentro, ao redor deste centro, também conhecido por ciclone extra-tropical com ventos de velocidade acima de 102 (cento e dois) e até 119 (cento e dezenove) quilômetros por hora.

4. para efeitos desta cobertura considera-se tornado: coluna giratória e violenta de ar.

5. para efeitos desta cobertura considera-se granizo: precipitação atmosférica que se origina de nuvens caindo sob a forma de pedras de gelo.

f) desmoronamento total ou parcial (inclusive decorrente de terremoto, maremoto, alagamento, inundação, ressaca) – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente

causados pelo desmoronamento de parede ou de qualquer elemento estrutural (coluna, viga, laje de piso ou de teto) do imóvel segurado.

g) alagamento e inundação (inclusive decorrente de maremoto, ressaca e similares) – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados pela entrada de água no imóvel segurado, proveniente de aguaceiros, tromba d'água ou chuva, enchentes, água proveniente de ruptura de encanamento, canalização, adutoras e reservatórios, desde que não pertençam ao próprio imóvel segurado, e inundação resultante exclusivamente do aumento de volume de águas de rios navegáveis e canais alimentados naturalmente por esses rios.

1. para efeitos desta cobertura considera-se maremoto: agitação sísmica no mar.

2. para efeitos desta cobertura considera-se ressaca: forte movimento das ondas sobre si mesmas, resultante de mar muito agitado, quando se chocam contra obstáculos no litoral.

h) equipamentos eletrônicos – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados aos equipamentos eletrônicos segurados por incêndio, raio, explosão, vendaval, granizo, alagamento, desmoronamento, danos elétricos, roubo e furto qualificado.

i) equipamentos não eletrônicos – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados aos equipamentos não eletrônicos segurados por incêndio, raio, explosão, vendaval, granizo, alagamento, desmoronamento, roubo e furto qualificado.

j) pagamento de aluguel de equipamento – consiste no pagamento de indenização equivalente ao aluguel que o proprietário do equipamento segurado tiver que pagar a terceiros, caso seja obrigado a alugar outro equipamento, em consequência de evento coberto pelo microsseguro.

k) perda de renda - equipamento – consiste no pagamento de indenização pela perda da renda que o segurado deixou de receber pela impossibilidade de continuar trabalhando com o equipamento segurado devido à ocorrência de evento coberto pelo microsseguro.

l) roubo e/ou furto qualificado – consiste no pagamento de indenização por danos materiais diretamente causados por roubo ou furto qualificado dos bens de propriedade do segurado no interior do imóvel, pelos prejuízos materiais causados ao imóvel ou seu conteúdo durante a prática do roubo ou furto qualificado, ou mesmo pela sua simples tentativa.

1. para efeitos desta cobertura considera-se roubo: subtração de coisa alheia móvel, mediante grave ameaça ou violência praticada contra a pessoa, ou após redução da possibilidade de defesa ou resistência da pessoa.

2. para efeitos desta cobertura considera-se furto qualificado: subtração de coisa alheia móvel, mediante a destruição e/ou o rompimento de algum obstáculo que impedia o acesso à coisa alheia móvel e/ou mediante escalada ou destreza; ou ainda quando a subtração é feita com abuso de confiança ou através de quaisquer artifícios usados para enganar a confiança da vítima; ou quando a subtração é realizada com o uso de qualquer instrumento, que não a verdadeira chave, para abrir fechaduras; ou quando a subtração é praticada por duas ou mais pessoas.

m) pagamento de aluguel – consiste no pagamento de indenização equivalente ao aluguel que o proprietário do imóvel segurado tiver que pagar a terceiros, caso seja obrigado a alugar outro imóvel, em consequência de evento coberto pelo microsseguro, ou equivalente ao aluguel que o segurado-inquilino tiver que pagar a terceiros, pela mesma razão, desde que o contrato de aluguel do prédio não seja rescindido.

n) perda temporária de renda – consiste no pagamento de indenização pela perda da renda que o segurado deixou de receber pela impossibilidade de continuar trabalhando regularmente no imóvel segurado devido à ocorrência de incêndio/raio/explosão, equivalente ao valor declarado quando da contratação do seguro, pago mensalmente durante o tempo de reconstrução do imóvel (ou da parte do imóvel que lhe permita retomar as suas atividades profissionais), limitado ao máximo de 6 (seis) meses consecutivos.

o) gastos extras e despesas com documentação – consiste no pagamento de indenização equivalente às despesas efetuadas para recomposição por perda ou destruição de documentos pessoais e do imóvel ou gastos extras com o sinistro, inclusive sem comprovação, desde que tais despesas sejam decorrentes de evento coberto pelo microsseguro.

p) responsabilidade civil familiar – consiste no reembolso ao segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expreso pela seguradora, relativas a reparações por danos involuntários, corporais ou materiais causados a terceiros, durante a vigência do microsseguro, pelo próprio segurado, seu cônjuge, filhos menores que estiverem em seu poder ou em sua companhia, por animais domésticos cuja posse o segurado detenha e pela queda de objetos ou seu lançamento em lugar indevido.

q) responsabilidade civil - uso e conservação do imóvel – consiste no reembolso ao segurado das quantias pelas quais vier a ser responsável civilmente em sentença judicial transitada em julgado ou em acordo autorizado de modo expreso pela seguradora, relativas a reparações por danos involuntários, corporais ou materiais causados a terceiros e ocorridos durante a vigência do microsseguro, decorrente de acidentes relacionados com a existência, conservação e uso do imóvel segurado.

r) embarcação de pequeno porte - perda total da embarcação – consiste no pagamento de indenização pelos danos materiais relacionados com a perda total da embarcação, equivalente a prejuízo igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) do seu valor, em decorrência de abalroação, colisão, encalhe ou naufrágio.

s) embarcação de pequeno porte - perda de rede de pesca – consiste no pagamento de indenização pelos danos materiais relacionados com a perda da rede de pesca, cujo prejuízo seja igual ou superior a 75% (setenta e cinco por cento) do valor da rede, em decorrência do naufrágio da embarcação ou danos de causas externas durante a operação de pesca.

§ 1º Incluem-se nos riscos cobertos pelas coberturas de danos as despesas decorrentes de providências tomadas para combater a propagação do sinistro, para salvar e proteger bens de sofrerem prejuízos maiores, assim como o desentulho do local segurado, quando couber.

§ 2º Para efeitos das coberturas de danos previstas no inciso II, consideram-se os seguintes interesses seguráveis:

I - imóveis de moradia, podendo abranger o imóvel e/ou o respectivo conteúdo;

II - imóveis de moradia com atividades de microempreendedor, podendo abranger o imóvel e/ou o respectivo conteúdo, da moradia e/ou da atividade econômica;

III - imóveis que abrigam as atividades de microempreendedor, podendo abranger o imóvel e/ou respectivo conteúdo;

IV - equipamentos relacionados com as atividades de microempreendedor.

§3º O plano poderá definir o âmbito geográfico das coberturas oferecidas, sendo que, na ausência de definição, será considerado todo o globo terrestre.

§ 4º Nos planos de previdência equiparados a planos de microsseguros nos termos da Resolução CNSP nº 244/2011, somente poderão ser ofertadas as coberturas de morte e invalidez permanente e total, conforme regulamentação específica.

§5º Para fins do disposto no parágrafo anterior, entende-se como invalidez permanente e total aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

Seção II

Dos Limites Máximos de Garantia, Capital Segurado e Benefícios

Art. 8º. Os valores de limite máximo de garantia, de capital segurado e/ou de benefício para as coberturas oferecidas em planos de microsseguro deverão observar os seguintes limites máximos individuais por cobertura:

I – coberturas de pessoas:

a) morte – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

b) morte acidental – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

c) reembolso de despesas com funeral (RF) – R\$ 4.000,00 (quatro mil reais);

d) invalidez permanente total por acidente (IPTA) – R\$ 30.000,00 (vinte e quatro mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

e) despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO) – R\$ 3.000,00 (três mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

f) prestamista – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

g) educacional – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

h) diárias por internação hospitalar (DIH) – diária de R\$ 50,00 (cinquenta reais);

i) diárias por incapacidade temporária (DIT) – diária de R\$ 50,00 (cinquenta reais);

j) desemprego – renda mensal de R\$ 1.000,00 (mil reais);

k) doenças graves (DG) – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

l) cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes – os mesmos valores de limite máximo de garantia, capital segurado e benefício fixados para o segurado principal;

m) viagem, nas modalidades de: *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

1. morte em viagem – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);

2. invalidez permanente total por acidente em viagem – R\$ 30.000,00 (trinta mil reais);

3. cancelamento de viagens – R\$ 2.000,00 (dois mil reais) para viagens nacionais e R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para viagens internacionais;

4. perda de bagagem – R\$ 1.000,00 (mil reais), incluindo mala e conteúdo;

5. despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem (DMHO em viagem) – R\$ 3.000,00 (três mil reais); *(Item alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

6. traslado de corpo – R\$ 300,00 (trezentos reais) com adicional de R\$ 2,00 (dois reais) por quilômetro para remoções fora do município.

II – coberturas de danos:

a) imóveis de moradia – R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

b) imóveis de moradia com atividades de microempreendedor – R\$ 107.000,00 (cento e sete mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

c) imóveis que abrigam somente atividades de microempreendedor – R\$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais); *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

d. equipamentos relacionados com as atividades de microempreendedor, quando oferecidos isoladamente – R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

e. responsabilidade civil relacionada com a moradia ou com a atividade do microempreendedor, quando oferecidos isoladamente – R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

f. responsabilidade civil relacionada com a atividade do microempreendedor, quando oferecidos isoladamente – R\$ 10.000,00 (dez mil reais);

g. embarcação de pequeno porte – fonte de trabalho e renda – R\$ 20.000,00 (vinte mil reais).

§ 1º Nos planos de previdência equiparados a planos de microsseguro nos termos da Resolução CNSP nº 244/2011, os limites máximos de benefício para as coberturas de morte e invalidez permanente e total são aqueles estabelecidos, respectivamente, nas alíneas “a” e “d” do inciso I deste artigo.

§ 2º Os valores decorrentes de atualização monetária em virtude de renovação dos contratos com prazo de vigência igual ou superior a 1 (um) ano não serão considerados para efeito da aplicação dos limites estabelecidos neste artigo.

Art. 9º Para os menores de 14 (catorze) anos é permitida, exclusivamente, a oferta e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou de dependente.

Art.10. A cobertura de reembolso de despesas com funeral poderá prever a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação de serviços, mediante acordo entre as partes, garantindo, pelo menos, os seguintes benefícios:

I – carro funerário: à disposição da família para o transporte do corpo do segurado desde o local em que estiver até o local do velório e, depois, se for o caso, ao local do sepultamento, desde que dentro do mesmo município;

II – coroa de flores: à disposição da família, confeccionada com flores da época, incluindo uma faixa de dizeres redigida pela própria família;

III – ornamentação de urna: à disposição da família, flores da época para o interior da urna;

IV – paramentos: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, os castiçais e velas que acompanham a urna bem como os aparelhos de ozona;

V – registro de óbito: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o registro do óbito em cartório, sendo que, se necessário, será solicitado o acompanhamento de um membro da família;

VI – sepultamento: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, incluindo o pagamento das respectivas taxas relacionadas ao sepultamento nas modalidades municipal ou particular, conforme especificado nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

VII – caixão: de responsabilidade do serviço de assistência funeral, o pagamento das despesas relacionadas à aquisição da urna funerária, na modalidade especificada nas condições gerais ou, se for caso, nas condições especiais do plano de microsseguro.

VIII – representante da prestadora de serviços: pessoa designada pela prestadora de serviço, responsável por providenciar todos os documentos necessários ao encaminhamento do sepultamento junto à funerária, tomando todas as medidas necessárias à realização do funeral, podendo solicitar o acompanhamento de membro da família, caso necessário.

Art. 11. A possibilidade de contratação isolada ou a obrigatoriedade de contratação conjunta das coberturas oferecidas pelo plano de microsseguro deverá ser informada nas respectivas condições gerais do produto.

Seção III Dos Riscos Excluídos

Art. 12. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão estar relacionadas logo após a descrição dos riscos cobertos em todos os documentos contratuais, inclusive nos bilhetes, apólices e certificados individuais, e estão limitadas a:

I – Nas coberturas classificadas como microsseguro de pessoas:

a) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;

b) doenças ou lesões que, apesar de indagado pela sociedade seguradora e serem de conhecimento do segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação/adesão do microsseguro;

c) suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;

d) epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;

e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) danos e perdas causados por atos terroristas; e

g) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.

II - Nas coberturas de previdência equiparadas a microsseguro de pessoas:

a) morte: morte decorrente de doença, de lesão ou de sequelas preexistentes à contratação do plano, não declarada quando da contratação do plano, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de carência e de suspensão da cobertura por inadimplência, quando for o caso;

b) invalidez total e permanente:

1. decorrente de doença, de lesão ou de sequelas preexistentes à contratação do plano, não declaradas na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de carência e de suspensão da cobertura por inadimplência, quando for o caso.

2. decorrente do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

3. decorrente de atos ou de operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, de agitação, de motim, de revolta, de sedição, de sublevação ou de outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;

4. decorrente de furacões, de ciclones, de terremotos, de maremotos, de erupções vulcânicas e de outras convulsões da natureza;

5. decorrente de ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada e da prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

6. decorrente das perturbações e das intoxicações alimentares de qualquer espécie.

III – Nas coberturas classificadas como microsseguro de danos:

a) má qualidade, vício, desarranjo mecânico, desgaste pelo uso, deterioração, manutenção/reparo/ajustamento deficiente ou inadequado, erosão, corrosão, ferrugem, oxidação, incrustação, fadiga, fermentação e/ou combustão natural ou espontânea;

b) atos de autoridade pública (civil ou militar), salvo para evitar propagação de danos cobertos por este seguro;

c) atos de hostilidade ou de guerra, rebelião, insurreição, revolução, motim, confisco, perturbação de ordem política e social, guerra revolucionária, subversão e guerrilhas, e atos terroristas, devidamente reconhecidos como atentatórios à ordem pública pela autoridade pública competente;

d) qualquer arma química, biológica, bioquímica, eletromagnética ou sistema eletrônico;

e) fissão nuclear, radiações ionizantes, contaminação pela radioatividade de qualquer combustível nuclear, resíduos nucleares, ou material de armas nucleares;

f) falha ou mau funcionamento de qualquer equipamento (e seus componentes ou periféricos), programa e/ou sistema eletrônico, de telecomunicações ou de interpretação de dados, ainda que devidos a vírus de computador, ato, falha, inadequação, incapacidade, inabilidade ou decisão do segurado ou de terceiro; e

g) atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.

Art. 13. Além dos riscos excluídos previstos no artigo anterior, os planos poderão prever as seguintes exclusões específicas para:

I – coberturas que garantam exclusivamente eventos decorrentes de acidente pessoal:

a) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;

b) acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e

d) cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

II - cobertura de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente pessoal (DMHO):

a) estados de convalescença, após a alta médica.

III - cobertura de desemprego:

a) demissões por justa causa.

IV - coberturas de danos que garantam eventos decorrentes de incêndio/raio/explosão:

a) sinistro provocado intencionalmente pelo próprio segurado ou seus familiares, sócios ou pessoas a ele ligadas legal ou economicamente.

V - coberturas de danos que garantam eventos decorrentes de danos elétricos:

a) ligações mal feitas, ligações ilegais, ligações que provoquem sobrecarga e de desligamento intencional de dispositivos de segurança ou de controle automáticos.

VI - coberturas de danos que garantam eventos decorrentes de vendaval e granizo:

a) não estão cobertos antenas, muros, cercas, tapumes e portões.

VII - coberturas de danos que garantam eventos decorrentes de desmoronamento total ou parcial (inclusive decorrente de terremoto, maremoto, alagamento, inundação, ressaca):

a) prejuízos materiais causados pela simples queda de telhas, tijolos, marquises, beirais e rebocos, sem que haja desmoronamento do imóvel segurado.

VIII - coberturas de danos que garantam eventos decorrentes de alagamento e inundação (inclusive decorrente de maremoto, ressaca e similares):

a) prejuízos causados a imóveis construídos sobre palafitas, lixões e similares ou em local não legalizado pelas autoridades públicas.

IX - cobertura de equipamentos:

a) incêndio provocado intencionalmente pelo próprio segurado ou seus familiares, sócios ou pessoas a ele ligadas legal ou economicamente;

b) danos elétricos provocados por: ligações mal feitas, ligações ilegais, ligações que provoquem sobrecarga e desligamento intencional de dispositivos de segurança ou de controle automáticos;

c) furto, extravio ou simples desaparecimento de equipamento segurado; e

d) não estão cobertos telefones celulares, calculadoras, computadores portáteis, tablets e aparelhos de uso profissional; arquivos e dados que se encontrem no interior de equipamento segurado.

X – cobertura de roubo ou furto qualificado de bens:

a) furto simples, extravio ou simples desaparecimento de equipamento segurado; e

b) não estão cobertos telefones celulares, calculadoras, computadores portáteis, tablets e aparelhos de uso profissional.

XI – cobertura de pagamento de aluguel:

a) sinistro provocado intencionalmente pelo próprio segurado ou seus familiares, sócios ou pessoas a ele ligadas legal ou economicamente.

XII - cobertura de perda de renda:

a) sinistro provocado intencionalmente pelo próprio segurado ou seus familiares, sócios ou pessoas a ele ligadas legal ou economicamente.

XIII – cobertura de responsabilidade civil familiar:

a) atos intencionais ou vandalismo, praticados por pessoas que não sejam as indicadas nos riscos cobertos, inclusive atos praticados em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;

b) caso fortuito ou força maior;

c) dano moral e danos punitivos ou exemplares;

d) danos causados a bens em poder do Segurado, para guarda, custódia, depósito, consignação, garantia, transporte, uso ou manipulação ou execução de quaisquer trabalhos, inclusive, animais;

e) danos causados a qualquer tipo de veículos terrestres, aéreos ou aquáticos, assim como seus pertences, acessórios ou objetos deixados no interior ou carga, sob a guarda ou não do segurado, ou em circulação dentro ou fora dos locais;

f) danos causados pela má conservação do imóvel ou defeito de construção;

g) danos decorrentes de falhas profissionais; e

h) desaparecimento, extravio, furto e roubo de bens e valores de qualquer natureza, gênero ou espécie, extorsão de qualquer natureza ou apropriação indébita, ainda que, direta ou indiretamente, tenham concorrido para tais perdas quaisquer dos eventos abrangidos pela presente cobertura.

XIV – cobertura de responsabilidade civil - uso e conservação do imóvel:

a) atos intencionais ou vandalismo, praticados por funcionários do segurado, inclusive atos praticados em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas;

b) caso fortuito ou força maior;

c) dano moral e danos punitivos ou exemplares;

d) danos causados a bens em poder do segurado, para guarda, custódia, depósito, consignação, garantia, transporte, uso ou manipulação ou execução de quaisquer trabalhos, inclusive, animais;

e) danos causados a quaisquer tipos de veículos terrestres, aéreos ou aquáticos, assim como seus pertences, acessórios ou objetos deixados no interior ou carga, sob a guarda ou não do segurado, ou em circulação dentro ou fora do imóvel segurado;

f) danos causados pela má conservação do imóvel ou defeito de construção;

g) danos consequentes do inadimplemento das obrigações por força, exclusiva, de contratos ou convenções e responsabilidades assumidas por contratos ou convenções que não sejam decorrentes de obrigações civis legais;

h) danos decorrentes de falhas profissionais;

i) desaparecimento, extravio, furto e roubo de bens e valores de qualquer natureza, gênero ou espécie, inclusive de funcionários do segurado; e

j) extorsão de qualquer natureza ou apropriação indébita, ainda que, direta ou indiretamente, tenham concorrido para tais perdas quaisquer dos eventos abrangidos pela presente cobertura.

XV – cobertura de embarcações de pequeno porte:

a) danos provocados intencionalmente pelo próprio segurado ou seus familiares, sócios ou pessoas a ele ligadas legal ou economicamente;

b) danos a embarcações não legalizadas ou conduzidas por pessoas não habilitadas,

c) danos provocados pela sobrecarga de passageiros e/ou cargas; e

d) roubo, furto, extravio ou simples desaparecimento do bem segurado.

Seção IV Das Franquias e Carências

Art. 14. Somente os planos de microsseguro que ofertarem as coberturas de diárias por incapacidade temporária (DIT) e/ou de diárias por internação hospitalar (DIH) poderão prever franquias, desde que na forma de prazo, limitada ao máximo de 15(quinze) dias, a contar da data de caracterização do evento (...) (*Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014*)

Parágrafo único. A franquia, quando prevista, deverá estar explícita na apólice, no certificado individual ou bilhete, logo após a definição da cobertura contratada.

Art. 15. Os planos de microsseguro poderão prever, facultativamente, prazos de carência aplicáveis às coberturas oferecidas respeitado o limite de dois anos.

§1º O prazo de carência, quando previsto, deverá estar explícito na apólice, no certificado individual ou bilhete, logo após a definição da cobertura contratada.

§2º Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para as coberturas nos documentos contratuais.

§3º Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao microsseguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Art. 16. Quando da contratação sucessiva junto a uma mesma sociedade seguradora ou entidade aberta de previdência complementar de cobertura de microsseguro cobrindo o mesmo objeto ou interesse, só será válido o período de carência estabelecido para a primeira contratação da sequencia.

Parágrafo único. Considera-se contratação sucessiva aquela realizada com a mesma sociedade seguradora ou entidade aberta de previdência complementar em período não superior a 30 (trinta) dias ou ao equivalente ao prazo de carência definido no plano, o que for maior, contado após o fim de vigência do microsseguro anterior.

Art. 17. Em caso de renovação do microsseguro, não será iniciado novo prazo de carência.

CAPÍTULO IV DA CONTRATAÇÃO

Seção I Das Formas de Contratação Admitidas

Art. 18. Os microsseguros deverão ser contratados mediante preenchimento de proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor habilitado, com emissão da respectiva apólice, no caso de plano individual, ou do certificado individual, no caso de plano coletivo, ressalvado o disposto no artigo seguinte.

§1º A proposta a que se refere o caput poderá ser formalizada por meio de *login* e senha ou certificado digital, necessariamente pré-cadastrados pelo proponente/representante legal. *(Parágrafo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§2º A tecnologia de identificação biométrica equivale à utilização de *login* e senha pelo usuário. *(Parágrafo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§3º A contratação na forma do §1º deste artigo quando intermediada por corretor deverá implicar no fornecimento de *login* e senha individualizados para o corretor e para o proponente/contratante. *(Parágrafo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§4º Os planos de previdência equiparados a planos de microsseguro, sejam individuais ou coletivos, só poderão ser contratados mediante a emissão de certificado individual. *(Parágrafo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 19. A contratação de microsseguros por intermédio de bilhete será feita mediante solicitação verbal do interessado seguida da emissão do bilhete, observadas as informações obrigatórias estabelecidas pela presente norma.

§ 1º Equipara-se à solicitação verbal do interessado, a manifestação do proponente efetuada com a utilização de meios remotos.

§2º É vedada a contratação de planos de previdência equiparados a planos de microsseguro por intermédio de bilhete.

§3º É vedada a renovação do microsseguro na contratação realizada por meio de bilhete. *(Parágrafo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 20. O contrato de microsseguro prova-se com a exibição do bilhete ou da apólice individual ou do certificado individual, e, na falta deles, por documento comprobatório do pagamento

do(a) respectivo(a) prêmio/contribuição ou por confirmação de quitação do(a) prêmio/contribuição de microsseguro enviada pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar ou seu representante com a utilização de meios remotos.

Seção II

Da contratação por bilhete

Art. 21. Os bilhetes de microsseguro emitidos pelas sociedades seguradoras deverão conter, no mínimo, os seguintes elementos de caracterização do contrato:

- I – o nome do plano de microsseguro ao qual se vincula o bilhete e seu objetivo;
- II – nome e CNPJ da sociedade seguradora;
- III – número do processo administrativo de registro junto à Susep do plano de microsseguro ao qual se vincula o bilhete;
- IV – número de controle do bilhete;
- V – a data da emissão do bilhete;
- VI – nome e documento de identificação do segurado;
- VII – identificação do(s) beneficiário(s), no caso de microsseguros de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem;
- VIII – identificação do bem segurado, no caso de microsseguro de danos;
- IX – a(s) cobertura(s) contratada(s);
- X – o valor do limite máximo de garantia, ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- XI – os riscos excluídos e/ou bens excluídos;
- XII – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas;
- XIII – o período de vigência do bilhete de microsseguro, incluindo a data de início e término da(s) cobertura(s), observando o disposto no art. 52.
- XIV – o valor a ser pago pelo segurado a título de prêmio, incluindo:
 - a) prêmio de microsseguro;
 - b) valor do IOF, quando for o caso; e
 - c) valor total a ser pago pelo segurado.
- XV – o prazo e a forma de pagamento do prêmio e, se for o caso, sua periodicidade;
- XVI – os prazos de tolerância e os períodos de suspensão aplicáveis, se previstos;
- XVII – a documentação necessária para o recebimento da indenização para cada cobertura contratada, nos termos estabelecidos no Capítulo VIII;
- XVIII – o prazo máximo para pagamento da indenização pela sociedade seguradora;
- XIX – o número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora responsável pela emissão do bilhete;

XX – a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de microsseguro ao qual se vincula o bilhete contratado;

XXI – o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep;

XXI – chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora; e

XXII – nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

Art. 22. A disposição gráfica e a programação visual dos bilhetes serão determinadas pelas sociedades seguradoras, observando-se que as cláusulas restritivas de direito devem estar em destaque.

Seção III **Da contratação por Apólice Individual**

Art. 23. A contratação de microsseguro mediante a emissão de apólice individual será precedida do preenchimento de proposta, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros/microseguros.

§1º Aplica-se à contratação de plano de previdência individual, equiparado a plano de microsseguro, o disposto nesta seção.

§2º Equipara-se à apólice individual de microsseguro o certificado de plano de previdência individual.

§3º O proponente ou seu representante legal deverá ter acesso à cópia integral das condições gerais ou do regulamento e, se for caso, das condições especiais do plano de microsseguro por ocasião da assinatura da proposta individual.

§4º A cópia integral das condições gerais ou do regulamento e, se for caso, das condições especiais pode ser disponibilizada com a utilização de meios remotos mediante concordância do proponente ou de seu representante legal registrada na proposta de microsseguro.

Art. 24. A proposta a que se refere o artigo anterior deverá conter, obrigatoriamente, as seguintes informações, de maneira a se constituir em parte integrante do contrato:

I – o nome do plano de microsseguro ao qual a proposta se vincula;

II – nome e CNPJ da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar;

III – número do processo administrativo de registro junto à Susep do plano de microsseguro ao qual se vincula a proposta;

IV – número de controle da proposta;

V – nome e documento de identificação do segurado/participante;

VI – identificação do(s) beneficiário(s), no caso de microsseguro de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem;

VII – identificação do bem segurado, no caso de microsseguro de danos;

VIII – a(s) cobertura(s) contratada(s);

IX – o valor do limite máximo da garantia, do capital segurado ou do benefício de cada cobertura contratada;

X – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas, ou a remissão à(s) cláusula(s) específica(s) nas condições gerais ou no regulamento ou, se for o caso, nas condições especiais;

XI – o período de vigência da apólice individual de microsseguro, incluindo a data de início e término da(s) cobertura(s), observando o disposto no art. 52;

XII – o valor a ser pago pelo segurado/participante a título de prêmio/contribuição, incluindo:

- a) prêmio/contribuição de microsseguro;
- b) valor do IOF, quando for o caso; e
- c) valor total a ser pago pelo segurado/participante;

XIII – o prazo e a forma de pagamento do prêmio ou da contribuição e, se for o caso, sua periodicidade,

XIV – a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de microsseguro ao qual se vincula a proposta;

XV – assinatura, nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

XVI – data e a assinatura do segurado/participante ou do seu representante legal, observado o disposto no parágrafo 1º do art.18.

Art. 25. A aceitação da proposta individual pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, bem como a sua recusa, dar-se-á nos prazos e na forma estabelecidos pela legislação em vigor.

Art. 26. A sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar deverá fornecer ao proponente ou ao seu representante legal, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Parágrafo único. O protocolo de que trata o caput deste artigo poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo proponente ou por seu representante legal.

Art. 27. A sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar emitirá e enviará a apólice ao segurado ou ao participante, respectivamente, em até 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta e, quando for o caso, de sua renovação.

Art. 28. As apólices de microsseguro emitidas pelas sociedades seguradoras ou entidades abertas de previdência complementar, respectivamente, deverão conter, no mínimo, os seguintes elementos de caracterização do contrato:

- I – o nome do plano de microsseguro ao qual se vincula a apólice;
- II – nome e CNPJ da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar;
- III – número do processo administrativo de registro junto à Susep do plano de microsseguro ao qual se vincula a apólice;
- IV – número de controle da apólice;
- V – indicação do número de ordem da proposta a qual a apólice está vinculada;

VI – a data da emissão da apólice;

VII – nome e documento de identificação do segurado/participante;

VIII – identificação do(s) beneficiário(s), no caso de microsseguro de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem;

IX – identificação do bem segurado, no caso de microsseguro de danos;

X – a(s) cobertura(s) contratada(s);

XI – o valor do limite máximo de garantia, do capital segurado ou do benefício de cada cobertura contratada;

XII – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas;

XIII – o período de vigência da apólice de microsseguro, incluindo a data de início e término da(s) cobertura(s), por ano, mês, dia e hora;

XIV – o valor a ser pago pelo segurado/participante a título de prêmio/contribuição, incluindo:

a) prêmio/contribuição de microsseguro;

b) valor do IOF, quando for o caso; e

c) valor total a ser pago pelo segurado/participante;

XV – o prazo e a forma de pagamento do prêmio ou da contribuição e, se for o caso, sua periodicidade;

XVI – o número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado/participante/beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora ou pela entidade aberta de previdência complementar responsável pela emissão da apólice;

XVII – a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de microsseguro ao qual se vincula a apólice;

XVIII – chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar; e

XIX – nome e número de registro na Susep do corretor, se houver.

Seção IV

Da contratação por Certificado Individual

Art. 29. A contratação de microsseguro mediante a emissão de certificado individual será precedida do preenchimento de proposta, datada e assinada pelo proponente ou seu representante legal, vinculada a um plano de microsseguro coletivo e a uma apólice coletiva.

§1º Aplica-se à contratação de plano de previdência coletivo, equiparado a plano de microsseguro, o disposto nesta seção.

§2º Equipara-se ao certificado individual de microsseguro o certificado de plano de previdência coletivo.

§3º Equipara-se ao estipulante de plano de microsseguro coletivo, no que couber, o averbador ou o instituidor de plano de previdência coletivo.

§4º A apólice coletiva a que se refere o caput deste artigo deverá ser contratada por um estipulante, observando, no que couber, o disposto no Capítulo II desta norma sobre a contratação por apólice individual e a forma estabelecida pela legislação em vigor para a contratação de plano coletivo de seguro ou de plano de previdência complementar aberta.

§5º No caso de plano de previdência coletivo, equiparado a plano de microsseguro, não há emissão de apólice coletiva, sendo a contratação formalizada pelas propostas, certificados individuais e contrato coletivo.

Art. 30. A proposta a que se refere o caput do artigo anterior deverá conter, obrigatoriamente, as seguintes informações, de maneira a se constituir em parte integrante do contrato:

- I – o nome do plano de microsseguro ao qual a proposta se vincula;
- II – nome e CNPJ da sociedade segurada/entidade aberta de previdência complementar;
- III – nome e CNPJ ou CPF do estipulante/averbador/instituidor e, quando for o caso, do subestipulante;
- IV – número do processo administrativo de registro junto à Susep do plano de microsseguro ao qual se vincula a proposta;
- V – número de controle da proposta;
- VI – indicação do número de controle da apólice a qual a proposta está vinculada;
- VII – nome e documento de identificação do segurado/participante;
- VIII – identificação do(s) beneficiário(s), no caso de microsseguro de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem;
- IX – identificação do bem segurado, no caso de microsseguro de danos;
- X – a(s) cobertura(s) contratada(s);
- XI – o valor do limite máximo de garantia, do capital segurado ou do benefício de cada cobertura contratada;
- XII – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas, ou a remissão à(s) cláusula(s) específica(s) nas condições gerais, no regulamento ou, se for caso, nas condições especiais;
- XIII – a data de início e término da(s) cobertura(s);
- XIV – o valor a ser pago pelo segurado/participante a título de prêmio/contribuição, incluindo:
 - a) prêmio/contribuição de microsseguro;
 - b) valor do IOF, quando for o caso; e
 - c) valor total a ser pago pelo segurado/participante.
- XV – o prazo e a forma de pagamento do prêmio/contribuição e, se for o caso, sua periodicidade;
- XVI – a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de microsseguro ao qual se vincula a proposta;
- XVII – a data e a assinatura do segurado/participante ou do seu representante legal, observado o disposto no parágrafo 1º do Art.18.

Parágrafo único. O proponente ou seu representante legal deverá atestar na proposta que teve acesso ao conteúdo integral das condições gerais/do regulamento e, se for caso, das condições especiais do plano de microsseguro por ocasião da assinatura da proposta.

Art. 31. A sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar deverá fornecer ao segurado/participante, seu representante legal ou ao estipulante/averbador/instituidor, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Parágrafo único. O protocolo de que trata o caput poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo proponente, seu representante legal ou estipulante/averbador/instituidor.

Art. 32. A sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar emitirá e enviará o certificado individual ao segurado/participante em até 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta e, quando for o caso, de sua renovação.

Art. 33. Os certificados individuais de microsseguro emitidos pelas sociedades seguradoras/ entidades abertas de previdência complementar deverão conter, no mínimo, os seguintes elementos de caracterização do contrato:

- I – o nome do plano de microsseguro ao qual se vincula o certificado individual;
- II – nome e CNPJ da sociedade seguradora/ entidade aberta de previdência complementar;
- III – nome e CNPJ ou CPF do estipulante/averbador/instituidor e, quando for o caso, do subestipulante;
- IV – número do processo administrativo de registro junto à Susep do plano de microsseguro ao qual se vincula o certificado individual;
- V – número de controle do certificado individual;
- VI – indicação do número da proposta e da apólice às quais o certificado individual está vinculado;
- VII – a data da emissão do certificado individual;
- VIII – nome e documento de identificação do segurado/participante;
- IX – identificação do(s) beneficiário(s), no caso de microsseguro de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem;
- X – identificação do bem segurado, no caso de microsseguro de danos;
- XI – a(s) cobertura(s) contratada(s);
- XII – o valor do limite máximo de garantia, benefício ou do capital segurado de cada cobertura contratada;
- XIII – as franquias ou carências aplicáveis a cada cobertura, se previstas;
- XIV – o período de vigência da(s) cobertura(s) de microsseguro contratada(s), incluindo a data de início e término;
- XV – o valor a ser pago pelo segurado/participante a título de prêmio/contribuição, incluindo:

- a) prêmio/contribuição de microsseguro;
- b) valor do IOF, quando for o caso; e
- c) valor total a ser pago pelo segurado/participante.

XVI – o prazo e a forma de pagamento do prêmio/contribuição e, se for o caso, sua periodicidade;

XVII – o número de telefone gratuito da central de atendimento ao segurado/participante ou beneficiário disponibilizado pela sociedade seguradora/ entidade aberta de previdência complementar responsável pela emissão do certificado individual;

XVIII – o endereço e o número de telefone de contato do estipulante/averbador/instituidor ou, quando for o caso, do subestipulante para atendimento ao segurado/participante.

XIX – a informação do link no portal da Susep onde podem ser conferidas todas as informações sobre o plano de microsseguro ao qual se vincula o certificado individual;

XX – o número de telefone gratuito de atendimento ao público da Susep.

XXI – chancela ou assinatura do representante da sociedade seguradora/ entidade aberta de previdência complementar.

Seção V

Da Contratação com Capital Global

Art. 34. A contratação de plano de microsseguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva na qual o valor do capital segurado individual só é definido na data de ocorrência do evento coberto, sendo equivalente ao valor do capital segurado global definido na apólice dividido pelo número de segurados existentes no grupo na data do sinistro.

§1º O valor do capital segurado global não poderá ser reduzido durante a vigência da apólice em virtude de eventuais pagamentos decorrentes de eventos cobertos.

§2º O valor do capital segurado individual apurado na data do evento coberto não poderá ser superior aos limites individuais estabelecidos no Capítulo III.

§3º É vedada a contratação de plano de previdência, equiparado a plano de microsseguro, com capital global.

Art. 35. Na modalidade de contratação de plano de microsseguro com capital global o estipulante é o responsável pelo pagamento integral dos prêmios, não se admitindo qualquer participação do segurado no seu custeio, mesmo que parcialmente.

Art. 36. Os critérios para identificar as pessoas físicas vinculadas ao estipulante como parte integrante do grupo segurado devem estar claramente definidos nas condições gerais do plano de microsseguro e respectiva apólice.

Art. 37. A proposta e o certificado individual não são obrigatórios no caso de contratação de microsseguro de pessoas com capital global.

Seção VI

Da Relação com o Estipulante, com o Correspondente de Microsseguro e com o Representante de Seguros. (Título alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)

Art. 38. O estipulante de plano de microsseguro deverá manter estreita relação com o grupo segurado, cuja forma de vínculo deverá estar definida no contrato coletivo, de forma clara e objetiva.

Parágrafo único. A estreita relação entre estipulante e grupo segurado a que se refere o caput deste artigo não compreende a relação restrita ao vínculo de consumo estabelecido entre fornecedores de produtos e/ou serviços, incluindo serviços financeiros, e os respectivos grupos de consumidores.

Art. 39. Para ofertar e promover planos de microsseguro em nome de sociedade seguradora, os fornecedores de produtos e/ou serviços a que se refere o parágrafo anterior deverão, obrigatoriamente, estabelecer contrato e/ou firmar convênio na condição de correspondente de microsseguro ou de representante de seguro, nos termos estabelecidos em normas específicas. (*Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014*)

Parágrafo único. Os planos de microsseguros ofertados por representantes de seguros, em nome de sociedades seguradoras, somente poderão ser contratados mediante emissão de apólice individual ou de bilhete, observada a legislação específica, vedada a contratação por meio de apólice coletiva.

Art. 40. Deverão, obrigatoriamente, firmar contrato e/ou convênio com a sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar na condição de correspondente de microsseguro:

I – A pessoa jurídica que tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, unicamente, pela arrecadação de prêmios/contribuições mediante descontos em folha de pagamento do respectivo segurado/participante, com o consequente repasse em favor da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar; e

II – A pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela arrecadação de prêmios/contribuições mediante cobrança em contas de prestação de serviços, carnês, boletos ou faturas de cartões de crédito, com o consequente repasse em favor da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar.

Parágrafo único. Quando o plano de microsseguro for contratado com previsão de consignação em folha ou outras formas de arrecadação de prêmios/contribuições previstas neste artigo, as respectivas condições gerais/regulamento deverão contemplar dispositivo determinando que a ausência do repasse à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar dos prêmios/contribuições recolhidos pelo consignante/responsável não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados/participantes ou beneficiários no que se refere às coberturas e demais direitos contemplados pelo plano.

Art. 41. É vedado às sociedades seguradoras/entidade aberta de previdência complementar celebrar contratos de planos coletivos de microsseguros com:

I – pessoas físicas ou jurídicas cuja única atividade seja a prestação de serviços de estipulante/averbador/instituidor; ou

II – pessoas jurídicas cuja atividade principal seja a comercialização de seguros/previdência complementar aberta.

Art. 42. Além do disposto nesta Circular, os estipulantes/averbadores/instituidores de planos de microsseguro deverão observar as demais normas específicas sobre estipulantes/averbadores/instituidores.

Art. 43. O disposto nesta norma sobre estipulantes e, em especial nesta seção, aplica-se integralmente aos subestipulantes de planos de microsseguros.

Seção VII **Da Identificação do Segurado/Participante**

Art. 44. A identificação do segurado/participante por ocasião da contratação será feita, preferencialmente, pelo número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) ou, na falta deste, pelo número de registro da cédula de identidade (RG), carteira de trabalho, certidão de nascimento, certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

Seção VIII **Da Indicação dos Beneficiários**

Art. 45. Os bilhetes, as apólices individuais e os certificados individuais emitidos quando da contratação de planos de microsseguros que incluam as coberturas de Morte, Morte Acidental, Prestamista, Educacional ou Viagem, deverão conter a informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado/participante. *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§ 1º Entende-se por informação necessária à identificação do(s) beneficiário(s), no mínimo, a indicação do nome e grau de parentesco prestado pelo proponente ou seu representante legal no ato da contratação.

§ 2º Deverá constar, na apólice individual, certificado ou bilhete, cláusula expressa informando que, caso o segurado não preencha o campo relativo ao beneficiário, a indenização será paga aos herdeiros legais na ordem estabelecida pelo Art. 1.829 do Código Civil. *(Parágrafo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§ 3º A qualquer tempo, o segurado/participante poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento.

CAPÍTULO V **DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS REMOTOS**

Art. 46. Para os efeitos desta norma entende-se por meios remotos aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras. *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 47. A utilização pelas sociedades seguradoras de meios remotos nas operações relacionadas a planos de microsseguro ou de planos de previdência equiparados a planos de microsseguro deverá obedecer o disposto na legislação específica. *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 48. *(Artigo revogado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 49. *(Artigo revogado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 50. A utilização de meios remotos na contratação de microsseguros deverá garantir ao segurado o acesso irrestrito às informações sobre o plano contratado, com a disponibilização obrigatória pela sociedade seguradora de telefone gratuito de contato de central de atendimento específica em horário comercial, com fornecimento de número de protocolo de atendimento indicando data e hora de contato.

CAPÍTULO VI DA VIGÊNCIA

Art. 51. O prazo mínimo de vigência das coberturas oferecidas em planos de microsseguro será, obrigatoriamente, de 1(um) mês, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. O prazo mínimo de vigência do microsseguro de viagem é de 1(um) dia.

Art. 52. A vigência das coberturas oferecidas em planos de microsseguros contratados mediante a emissão de bilhete iniciar-se-á sempre a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio/da contribuição, ressalvado o disposto no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. O início da vigência da cobertura de viagem contratada mediante a emissão de bilhete coincidirá com a data de início da própria viagem, desde que o pagamento do prêmio tenha sido efetuado em data anterior ao início da viagem.

Art. 53. A vigência das coberturas oferecidas em planos de microsseguros contratados mediante a emissão de apólice ou certificado individual iniciar-se-á na data indicada nesses documentos.

CAPÍTULO VII DO PAGAMENTO DO PRÊMIO

Art. 54. A obrigação do pagamento do prêmio/da contribuição de microsseguro pelo segurado/participante, dependendo da forma de contratação, vigorará a partir do dia previsto:

- I – no bilhete;
- II – na proposta e apólice individual; ou
- III – na proposta e certificado individual.

Art. 55. O pagamento do prêmio/da contribuição de microsseguro poderá ser feito por intermédio de instituição financeira, incluindo seus correspondentes, diretamente à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar ou a seus correspondentes de microsseguro ou a seus representantes de seguros. *(Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Parágrafo único. O recolhimento de prêmios/contribuições pelo correspondente de microsseguro, em nome da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, poderá ser realizado por meio de procedimento de cobrança regularmente utilizado pelo correspondente em sua atividade principal, como contas de consumo, carnês, boletos, faturas de cartões de crédito ou descontos em folha de pagamento do segurado/participante, desde que devidamente previsto no respectivo plano de microsseguro, e o valor destinado ao prêmio/à contribuição esteja perfeitamente identificado, assim como a data e a forma da correspondente quitação.

Art. 56. O débito efetuado em conta bancária ou cartão de crédito, a conta de consumo paga, o carnê, a fatura ou o boleto, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, o comprovante de desconto na ficha financeira do segurado/participante, a identificação mecânica do pagamento no próprio bilhete de microsseguro ou a confirmação de pagamento encaminhada

pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar com a utilização de meio remoto servirão como comprovante de pagamento do prêmio/da contribuição de microsseguro.

Art. 57. Os planos de microsseguro poderão prever, facultativamente, prazo de tolerância ou período de suspensão para os casos de eventual inadimplência do segurado/participante.

Art. 58. O prazo de tolerância é o intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado/participante inadimplente fará jus à cobertura.

§1º A ocorrência de evento coberto durante o prazo de tolerância implicará no pagamento da indenização/do benefício, deduzidos os valores dos prêmios ou das contribuições devidos.

§2º O microsseguro estará automaticamente cancelado caso o estado de inadimplência do segurado/participante persista após o término do prazo de tolerância.

Art. 59. O período de suspensão é o intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado/participante não fará jus à cobertura em função do seu estado de inadimplência.

§1º A retomada dos pagamentos dos prêmios/das contribuições de microsseguro dentro do período de suspensão implicará na imediata reabilitação das coberturas contratadas, sendo vedada a cobrança dos prêmios ou das contribuições não pagos durante o período de suspensão.

§2º O microsseguro estará automaticamente cancelado caso o estado de inadimplência do segurado/participante persista após o término do período de suspensão.

CAPÍTULO VIII DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO/DO BENEFÍCIO E DOCUMENTOS

Art. 60. No caso de ocorrência de evento coberto, o segurado/participante, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, deverá(ão) apresentar à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar os documentos requeridos para a comprovação da cobertura contratada, os quais estão limitados aos seguintes:

I – coberturas de pessoas:

a) morte: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

b) morte acidental: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

c) reembolso de despesas com o funeral (RF): aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas com o funeral do segurado; e documento de identificação daquele(s) que realizar(em) as despesas.

d) invalidez permanente total por acidente (IPTA): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e a data da invalidez.

e) despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas decorrentes de acidente (DMHO): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; notas fiscais e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

f) prestamista: a documentação prevista nas alíneas correspondentes aos eventos cobertos vinculados, bem como o comprovante do saldo da dívida ou do compromisso.

g) educacional: aviso de sinistro, documento de identificação do segurado/beneficiário, declaração do estabelecimento de ensino contendo o valor da mensalidade, contrato da matrícula e a documentação prevista nas alíneas correspondentes aos eventos cobertos vinculados.

h) diárias por internação hospitalar (DIH): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

i) diárias por incapacidade temporária (DIT): aviso de sinistro, documento de identificação do segurado; exames realizados que comprovem a incapacidade temporária e atestado médico confirmando o afastamento profissional; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; cópia autenticada do documento que comprove a atividade autônoma, podendo ser: última declaração do Imposto de Renda, ou Recibo de Pagamento de Autônomo, ou Carnê Leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada, ou Comprovante, dos últimos 3 (três) meses anteriores a data da ocorrência do sinistro, do pagamento do INSS, acrescido do documento que comprove a atividade.

j) desemprego: aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; e Carteira de Trabalho ou Termo Rescisório Homologado.

k) doenças graves (DG): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; exame laboratorial que diagnosticou a doença e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e estágio da patologia de que o segurado é portador nos critérios de indenização previstos para a cobertura pleiteada. *(Alínea alterada pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

l) cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e dependentes: a lista de documentos seguirá à necessária para as coberturas do segurado principal.

m) viagem, nas modalidades de:

1. morte em viagem: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

2. invalidez total permanente por acidente em viagem: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do sinistro envolver veículo dirigido pelo segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas, diagnósticos necessários e data da invalidez.

3. cancelamento de viagens: aviso de sinistro; certidão de óbito do segurado ou pessoa envolvida; boletim de ocorrência policial, se for o caso; notas fiscais ou comprovantes de pagamento das

despesas com a viagem; relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento.

4. perda de bagagem: aviso de sinistro; comunicado da perda de bagagem à empresa transportadora; boletim de ocorrência policial, se for o caso; atestado ou declaração da empresa transportadora cientificando a perda da bagagem.

5. despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidente pessoal em viagem (DMHO em viagem): aviso de sinistro; documento de identificação do segurado; receitas médicas, no caso de compra de medicamentos; notas fiscais, recibos e outros comprovantes originais das despesas efetuadas pelo segurado; e relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas e diagnósticos necessários.

6. traslado de corpo: aviso de sinistro; certidão de óbito; e documento de identificação do segurado.

II – coberturas de previdência equiparadas a microsseguro de pessoas:

a) morte: certidão de óbito do participante; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do evento coberto envolver veículo dirigido pelo participante; e documento de identificação do(s) beneficiário(s).

b) invalidez permanente total: documento de identificação do participante; boletim de ocorrência policial, se for o caso; carteira nacional de habilitação (CNH), na hipótese do evento coberto envolver veículo dirigido pelo participante; e declaração médica comprovando a invalidez.

III – coberturas de danos:

a) comunicação da ocorrência do sinistro, com data da ocorrência, descrição detalhada da ocorrência, inclusive dos bens sinistrados, prejuízos causados pelo evento, e informação sobre o bilhete, a apólice ou o certificado individual que se pretende acionar;

b) comprovação de propriedade e/ou de posse do imóvel segurado (interesse segurado, conforme o caso) onde ocorreu o sinistro e, se for o caso, o respectivo contrato de aluguel;

c) orçamento para o reparo ou reposição dos bens danificados no sinistro, notas fiscais, recibos ou quaisquer outros documentos que comprovem os valores informados como prejuízos;

d) registro de inscrição no CNPJ, se for o caso; documento de identificação do segurado; e comprovante de residência, quando couber;

e) recortes de jornais noticiando o evento ou a ocorrência do fenômeno, quando se tratar de vendaval, furacão, ciclone, tornado, granizo, alagamento/inundação, terremoto, maremoto ou ressaca, ou outros meios que comprovem o evento.

f) registro da ocorrência pela autoridade pública, nos casos de incêndio, explosão ou roubo.

g) outros documentos poderão ser solicitados em cada caso concreto, porém devem ser informados os procedimentos para liquidação de sinistros, com especificação dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada tipo de cobertura.

§1º Para efeitos de pagamento de indenização/benefícios, serão aceitos como prova de identificação do segurado/participante e beneficiários a cédula de identidade (RG), a carteira de trabalho, a certidão de nascimento, a certidão de casamento ou outros documentos oficiais de identificação que possuam validade no território nacional.

§2º No caso de substituição da cobertura de reembolso das despesas com funeral pelos serviços de assistência funeral, a sociedade seguradora deverá disponibilizar telefone gratuito de contato de central de atendimento específica para orientação à família do segurado, cujo número conste do documento contratual e por meio do qual serão solicitadas as informações iniciais, com o fornecimento de número de protocolo.

§3º Nas coberturas de morte ou invalidez por acidente, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente. *(Parágrafo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

§4º Não caberá exigência de documentação comprobatória de residência para fins de pagamento de indenização/benefício das coberturas relacionadas no inciso I. *(Parágrafo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 61. A sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar deverá fornecer ao segurado/participante, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal, protocolo que ateste o efetivo recebimento da documentação comprobatória do evento coberto, com indicação de data e hora.

Parágrafo único. O protocolo de que trata o caput poderá ser fornecido com a utilização de meios remotos desde que seja possível validar a confirmação do recebimento pelo segurado/participante, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal.

Art. 62. A solicitação de qualquer documento comprobatório adicional por parte da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, além daqueles definidos neste Capítulo para cada cobertura, deverá estar acompanhada de justificativa fundamentada e ocorrer dentro do prazo máximo para pagamento da indenização/do benefício.

§ 1º A solicitação não fundamentada ou fora do prazo máximo previsto no caput de documentação adicional comprobatória do sinistro, por parte da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, será ignorada para todos os efeitos na contagem de prazo para pagamento da indenização/do benefício.

§ 2º A contagem do prazo para pagamento será interrompida uma única vez para a solicitação da documentação complementar a que se refere o caput e voltará a correr na data do seu recebimento pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar.

Art. 63. O prazo máximo para o pagamento da indenização ou do benefício é de 10 (dez) dias corridos contados a partir da data de protocolo de entrega da documentação comprobatória, requerida nos documentos contratuais, junto à sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar ou seu representante.

§ 1º Equipara-se a representante da sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar o correspondente de microsseguro autorizado a prover esse tipo de serviço.

§ 2º Quando a cobertura de reembolso das despesas com funeral for substituída pela prestação de serviços de assistência funeral, os benefícios mínimos previstos nesta circular deverão estar à disposição da família do segurado no prazo máximo de 24 (vinte e quatro horas) horas a partir do horário de protocolo de comunicação da ocorrência da morte do segurado à central de atendimento telefônica da sociedade seguradora.

Art. 64. Quando da contratação de cobertura educacional, o pagamento de indenização decorrente de desemprego do segurado fica limitado ao período estabelecido nas condições gerais ou, se

for caso, nas condições especiais, havendo reintegração do capital segurado após o retorno às atividades laborativas.

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

Art. 65. No caso de não cumprimento do prazo máximo previsto para o pagamento da indenização/do benefício, a sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar deverá atualizar a obrigação pecuniária a partir da data de vencimento de sua exigibilidade e aplicar juros moratórios.

§ 1º A atualização de que trata este artigo será efetuada com base na variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou o índice que vier a substituí-lo, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

§ 2º Os juros moratórios a que se refere este artigo, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado nesta norma, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

CAPÍTULO IX DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA E CESSÃO DE DIREITOS DE TÍTULOS DE CAPITALIZAÇÃO

Art. 66. Os planos de microsseguro poderão contemplar a prestação de serviços de assistência, os quais deverão estar previstos em documento próprio, apartado dos documentos contratuais do plano de microsseguro.

Parágrafo único. A prestação de serviços de assistência estará vinculada ao período de vigência do microsseguro e configurada no documento apartado a que se refere o caput.

Art. 67. A prestação de serviço de assistência vinculado a plano de microsseguro não poderá:

- a) prever pagamento em espécie ou reembolso ao segurado/participante, sob qualquer forma.
- b) ser considerado na estruturação de Nota Técnica Atuarial;
- c) ter seu custo, se houver, cobrado de forma agregada ao prêmio comercial/à contribuição;
- e
- d) ser prestado diretamente pela sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar.

Art. 68. Os planos de microsseguro que contemplem a cessão de direitos de títulos de capitalização pelas sociedades seguradoras/entidades abertas de previdência complementar aos segurados/participantes deverão obedecer ao disposto em norma específica.

Art. 69. É vedada a contratação de serviços de assistência financeira vinculada a plano de previdência equiparado a planos de microsseguro.

CAPÍTULO X DO PROTOCOLO E DA COMERCIALIZAÇÃO DE PLANOS DE MICROSSEGURO

Art. 70. As sociedades seguradoras/entidades abertas de previdência complementar que atendam às condições específicas para funcionamento e operação em microsseguros deverão protocolar junto à Susep os planos de microsseguros, incluindo suas condições gerais ou seus regulamentos e, se for o caso, suas condições especiais e nota técnica atuarial, previamente à comercialização, observando rigorosamente o estabelecido pela presente circular.

§ 1º Os planos de microsseguro deverão estar acompanhados de carta de compromisso assinada pela diretoria da sociedade seguradora/entidade de previdência complementar aberta, nos moldes estabelecidos pelo Manual do Registro Eletrônico de Processos.

§ 2º Nos termos da legislação específica, os planos de previdência somente poderão ser objeto de comercialização após sua aprovação prévia por parte da Susep.

Art. 71. A Susep poderá determinar a suspensão da comercialização do plano de microsseguro em função de sua inadequação a esta circular ou de sua incompatibilidade com a definição de microsseguro.

CAPÍTULO XI DO GLOSSÁRIO

Art. 72. Os glossários utilizados pelos planos de microsseguros deverão observar as definições contidas no portal da Susep e, sempre que possível, usar terminologia simples e de fácil compreensão pelo segurado/participante.

CAPÍTULO XII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 73. É vedada a contratação de mais de um microsseguro cobrindo o mesmo objeto ou interesse, salvo nos casos de microsseguros de pessoas, observando-se o disposto no artigo subsequente.

Art. 74. *(Artigo Revogado pela Circular SUSEP nº 479/2013).*

Art. 75. As demandas judiciais, entre o segurado/participante ou beneficiário e a sociedade seguradora/entidade aberta de previdência complementar, que envolvam questões relacionadas a microsseguro serão sempre processadas no foro do domicílio do segurado/participante ou do beneficiário, conforme o caso.

Art. 76. É vedada a cobrança do custo de emissão de apólice na contratação de microsseguro.

Art. 77. Os planos de microsseguro de que trata esta norma somente poderão ser comercializados por sociedades seguradoras e entidades abertas de previdência complementar que atendam às condições específicas para funcionamento e operação em microsseguros.

Art. 78. A atualização de valores relativos a prêmios/contribuições e capital segurado/benefício observará a legislação específica vigente. *(Artigo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Art. 79. A Nota Técnica Atuarial de Carteira de Início de Operação em Ramo (NTAC –IO) não deverá ser encaminhada nos casos de: *(Artigo incluído pela Circular SUSEP nº 490/2014)*

Circular Susep nº 440, de 27 de junho de 2012.

I - Início de Operação nos Ramos de Microseguros de Danos (1602), de Pessoas (1601) ou Previdência (1603) nos casos de Sociedades Seguradoras não Especializadas em Microseguros que já operam com coberturas correspondentes em outros Ramos de Seguros de Danos, Seguros de Pessoas ou Previdência.

II- Início de Operação no Ramo de Microseguro/ Previdência (1603) nos casos de Entidades Abertas de Previdência Complementar que já operam com cobertura de pecúlio por morte ou por invalidez.

CARLOS ROBERTO AMORELLI DE FREITAS
Superintendente Substituto

*** Norma compilada até julho de 2014.*