

Regulatory Practice

Publicação mensal do S.A.R. - Setor de Apoio Regulamentar – Financial Services

nov a dez 2003

Nota: Esta Resenha objetiva relacionar e destacar pontos dos principais normativos, divulgados no período pela SUSEP, CNSP e ANS, aplicáveis às Companhias de Seguros, de Capitalização, Previdência Privada Aberta, Seguradora Especializada em Saúde e Operadoras de Plano de Saúde. Não elimina, assim, a necessidade da leitura da íntegra da norma, para perfeito entendimento e o acompanhamento de toda matéria legal e fiscal publicada no período.

SUSEP

Destaques do mês

Avaliação Atuarial

Circ. SUSEP 237, de 14.11.03 – Parâmetros mínimos.

Consolida as disposições sobre os parâmetros mínimos necessários para a elaboração anual da avaliação atuarial.

A avaliação atuarial deverá ser elaborada, separadamente, para as operações de capitalização, previdência complementar aberta e seguros de danos (anteriormente chamados de “ramos elementares”) e de pessoas, este último subdividido em vida individual, vida em grupo e acidentes pessoais. A norma estabelece, também, que a avaliação deverá conter a descrição de forma clara e objetiva, da metodologia utilizada para sua elaboração. A Circular traz algumas novidades.

Novidades

- ☞ Aquelas sociedades e entidades que registrarem a existência de riscos em vigor e/ou sinistros avisados no decorrer do ano base passam a estar obrigadas a apresentar a avaliação atuarial;
- ☞ Os relatórios de avaliação atuarial devem apresentar, no mínimo, as análises previstas nos anexos I - capitalização, II - previdência complementar e ramo vida (VI, VGBL, VRGP, VAGP) e III - seguros de danos (ex. Ramos Elementares - RE), vida em grupo - VG e acidentes pessoais - AP desta Circular;
- ☞ A sigla EAPC abrange as entidades abertas de previdência complementar, com ou sem fins lucrativos, e as sociedades seguradoras autorizadas a operar em previdência;
- ☞ A avaliação atuarial deve conter as tabelas especificadas nos anexos IV - capitalização, anexo V - previdência complementar e ramo vida (VI, VGBL, VRGP, VAGP) e anexo VI - seguros de danos (ex. Ramos Elementares - RE), vida em grupo - VG e acidentes pessoais - AP. Os respectivos arquivos magnéticos junto com os relatórios do Sistema de Crítica de Dados, devem ser encaminhados à SUSEP até último dia útil do mês de abril de cada ano.
- ☞ O parecer atuarial deverá :
 - Apresentar as conclusões a respeito da adequação das provisões técnicas, especificando a necessidade ou não da constituição das provisões de insuficiência de prêmios (PIP) e insuficiência de contribuição (PIC);
 - Contemplar as situações relevantes verificadas na avaliação atuarial;
 - Apresentar um plano de adequação/ajustes das provisões técnicas, caso seja constatada sua inadequação.

Lembrando:

Os relatórios de avaliação atuarial, acompanhados do parecer atuarial, devem ser enviados à SUSEP até o último dia útil do mês de fevereiro de cada ano.

Vigência: 17.11.03.

Revogação: Circular SUSEP 185, de 16.04.02, Circular SUSEP 190, de 13.06.02 e Circular SUSEP 231, de 28.04.03. ▲

Seguros de danos

Circ. SUSEP 239, de 22.12.03 – Pagamento de prêmios.

Consolida as normas que dispõem sobre o pagamento de prêmios relativos a contratos de seguros de danos. Em consequência, a SUSEP revoga 14 circulares que tratavam do mesmo assunto.

Importante

- O prêmio poderá ser pago à vista ou parceladamente, mediante acordo entre partes.
- O segurado deve ter garantido, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a redução proporcional dos juros pactuados.
- A proposta e a respectiva apólice deverão conter os valores, em moeda corrente nacional, do prêmio à vista, do prêmio total fracionado, de cada uma parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuados, o número de parcelas, sua periodicidade e, quando for o caso, os juros de mora e /ou outros acréscimos legalmente previstos, além das informações previstas nos normativos em vigor.

Importante - cont...

- Os elementos mínimos que deverão constar do documento a ser emitido pelas seguradoras para a cobrança de prêmio são:
 - 1 - Nome do segurado;
 - 2 - Valor do prêmio;
 - 3 - Data da emissão;
 - 4 - Número da proposta; e
 - 5 - Data limite para o pagamento.
- A sociedade deverá encaminhar o documento com antecedência mínima de cinco dias úteis em relação à data do vencimento.
- O pagamento do prêmio será feito através de rede bancária, cartão de crédito e outras formas admitidas em Lei e, se o valor do prêmio pago à vista ou parceladamente for inferior a R\$ 60,00, o pagamento poderá ser feito diretamente à seguradora.
- No caso de fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, com base na tabela de curto prazo, ficando a seguradora obrigada a comunicar, por escrito, ao segurado, o novo prazo de vigência ajustado. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas dentro do prazo de vigência da cobertura, o prazo original da apólice ficará automaticamente restaurado. Os critérios de suspensão, restabelecimento e cancelamento da cobertura deverão ser informados em destaque nas condições contratuais do seguro.
- O prazo a ser estabelecido para pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela, não poderá ser superior a 30 dias, contados da data de emissão da apólice, endosso, fatura e / ou contas mensais.
- Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito de indenização não ficará prejudicado;
- As parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas da indenização, excluído o adicional de fracionamento, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do contrato do seguro.

Vedação

É vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.

Vigência: 24.12.03.

Revogação: Revoga as Circulares SUSEP nº 26, de 03.07.70; 22, de 30.04.81; 03, de 11.01.84; 12, de 10.04.84; 43, de 27.12.85; 02, de 09.01.86; 10, de 22.05.86; 13, de 04.07.86; 18, de 25.07.86; 23, de 17.09.86; 14, de 08.07.94; 25, de 23.11.94; 67, de 25.11.98; 97, de 09.07.99 e demais disposições em contrário. ▲

Margem de solvência

Res. RN 57, de 17.12.03 – Percentual ponderador.

Para o cálculo da margem de solvência das Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde – OPS e Seguradoras Especializadas em Saúde – SES, no que se refere ao percentual ponderador relativo a outra modalidade, previsto no Art. 3º e 5º da Res. RN 14/02, fica facultada a aplicação de percentual de inadimplência, limitado a um percentual mínimo de 10%.

- ⇒ Para o cálculo do percentual de inadimplência, deverá ser considerado o histórico de inadimplência média observada nos últimos 12 meses anteriores ao cálculo.
- ⇒ O percentual de inadimplência deverá ser demonstrados por elas junto à ANS.

Lembrando: o Art. 3º - SES e o Art. 5º - OPS da Res. RN 14 /02

A MS corresponderá à suficiência do Ativo Líquido, para cobrir montante igual ou maior que os seguintes valores:

SES

- a) 0,20 x a média anual do total da soma dos últimos 36 meses de:**
- 1) 100% da receita líquida do prêmios emitidos na modalidade pré-pagamento; e
 - 2) 50% da receita líquida do prêmios emitidos em **outra modalidade**.
- b) 0,33 x a média anual do total da soma dos últimos 60 meses de:**
- 1) 100% dos sinistros retidos na modalidade de pré-pagamento; e
 - 2) 50% dos sinistros retidos em **outra modalidade**.

OPS

OPS com Fins Lucrativos	OPS sem Fins Lucrativos
a) 0,20 x a média anual do total da soma dos últimos 36 meses de: <ol style="list-style-type: none"> 1) 100% da receita líquida da contraprestação líquida na modalidade pré-pagamento; e 2) 50% da receita líquida da contraprestação líquida em outra modalidade. 	
b) 0,33 x a média anual do total da soma dos últimos 60 meses de: <ol style="list-style-type: none"> 1) 100% dos eventos indenizáveis líquidos na modalidade de pré-pagamento; e 2) 50% eventos indenizáveis líquidos em outra modalidade. 	

Importante

Os valores mencionados acima deverão ser calculados a preços de moeda constante e incluem os prêmios e sinistros das operações de retrocessão sendo líquidos de resseguro e cosseguro cedidos, anulações, restituições, cancelamentos e ressarcimentos.

Importante

Os valores mencionados acima deverão ser calculados a preços constantes, devem ser líquidos de co-responsabilidade transferida, de anulações, recuperação, restituições, cancelamentos e ressarcimentos.

Os contratos que possuam parcelas de pré-pagamento e outras modalidades deverão ser considerados na modalidade de pré-pagamento, para efeito de cálculo da MS.

Outros Normativos

SUSEP

DPVAT

Res. CNSP 99, de 29.12.03 – Novas regras.

Aprova normas disciplinadoras do Seguro DPVAT. Revoga as Resoluções CNSP 56, de 03.09.01, Res. CNSP 67, de 03.12.01 e Res. CNSP 82, de 19.08.02 (vide *RP Insurance News jul a ago/02*), consolidando –as em um único normativo.

Destacamos algumas modificações apresentadas pela nova resolução:

Novidades

Relativamente aos convênios:

- Para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir, simultaneamente, a dois convênios específicos:
 - 1) um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10; e o outro
 - 2) as categorias 3 e 4.
- O convênio que inclui as categorias 3 e 4 entrará em vigor em 1º de janeiro de 2005.
- As sociedades seguradoras que já operam no convênio que engloba as categorias 1, 2, 9 e 10 estarão automaticamente inseridas no novo convênio a partir da sua criação.
- O desligamento de um dos convênios implicará, automaticamente, o desligamento do outro.
- Os convênios deverão estipular que qualquer uma das sociedades seguradoras se obriga a pagar a devida indenização pelas reclamações que lhe forem apresentadas.



Lembrando:

Categoria 1 - Automóveis particulares;

Categoria 2 - Táxis e carros de aluguel;

Categoria 3 - Ônibus, microônibus e lotação com cobrança de frete (urbanos, interurbanos, rurais e interestaduais);

Categoria 4 - Microônibus com cobrança de frete, mas com lotação não superior a 10 passageiros e ônibus, microônibus e lotações sem cobrança de frete (urbanos, interurbanos, rurais e interestaduais);

Categoria 9 - Motocicletas, motonetas, ciclomotores e similares; e

Categoria 10 - Máquinas de terraplanagem e equipamentos móveis em geral, quando licenciados, camionetas tipo “pick-up” de até 1.500 kg de carga, caminhões e outros veículos.

No tocante às indenizações:

- Em qualquer caso, a indenização será paga com base nas importâncias seguradas vigentes na data da liquidação do sinistro, independentemente da data de emissão do bilhete, em cheque nominal, identificando-se expressamente o beneficiário.

Novidades

No tocante à contratação do seguro:

⇒ Para as categorias dos convênios, a contratação do Seguro DPVAT obedecerá aos seguintes procedimentos:

1) Para o convênio que inclui as categorias 3 e 4, será permitido o pagamento do prêmio do seguro em número de parcelas não superior ao do parcelamento do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA.

2) Nas categorias 3 e 4, a data de vencimento para pagamento do prêmio do Seguro DPVAT coincidirá com a data de vencimento para o recolhimento da quota única ou das prestações do IPVA.

⇒ No caso de veículos isentos do Imposto sobre Propriedade de Veículos Automotores – IPVA, a contratação do Seguro DPVAT será efetuada juntamente com o emplacamento ou no licenciamento anual.

No tocante às condições de operações:

⇒ Na hipótese de desligamento dos convênios, as reservas técnicas da sociedade seguradora, referentes ao ramo DPVAT, deverão ser distribuídas para as demais integrantes dos convênios.

⇒ Para operar com seguro DPVAT dos veículos excluídos dos convênios, as sociedades seguradoras deverão obter expressa autorização da SUSEP.

Outras disposições:

⇒ Até 31 de dezembro de 2004, para os veículos das categorias 3 e 4, o seguro DPVAT permanecerá sendo operado mediante emissão de bilhete, por sociedades seguradoras devidamente autorizadas, não sendo permitido o parcelamento dos respectivos prêmios. Estes bilhetes terão vigência até 31 de dezembro do mesmo ano e seus prêmios serão calculados na base pro-rata die, considerando o período compreendido entre as datas de início e de término de vigência.

As seguradoras participantes dos convênios deverão encaminhar a SUSEP dados estatísticos sobre prêmios, sinistros e estornos, conforme normativos em vigor.

A administração dos convênios remeterá à SUSEP, mensalmente, relatório demonstrativo da destinação dos prêmios arrecadados, sinistros pagos e provisões constituídas.

Os dados mencionados serão objeto de auditoria. O Relatório de Auditoria deverá ser emitido seguindo cronograma citado abaixo:

PRAZO

- 1) Período de março a agosto - **até 31 de outubro de cada ano;**
- 2) Período de setembro a fevereiro - **até 30 de abril de cada ano.**

O Relatório de Auditoria deverá ser colocado à disposição de todas as sociedades seguradoras participantes dos convênios do Seguro DPVAT.

Vigência: 31.12.03.

Revogação: Revoga as Resoluções CNSP 56, de 03.09.01, Res. CNSP 67, de 03.12.01 e Res. CNSP 82, de 19.08.02. ▲

Diretores Estatutários

Carta- Circ. SUSEP/DECON/GAB/06, de 01.12.03 – Comunicado.

A SUSEP, em razão da Circular SUSEP 234, de 28.08.03 (vide *RPinsurance set a out/03*), que estabelece as atribuições e funções para os diretores estatutários, vem, pela presente, comunicar as providências complementares que deverão ser tomadas pelas sociedades seguradoras, de capitalização e de previdência complementar aberta.

Providências

1 – As companhias que tiverem definidas as funções dos seus diretores no Estatuto Social deverão, através de Assembleia Geral Extraordinária, reformar o Estatuto Social, a fim de adequá-lo às novas atribuições, bem como indicar os responsáveis pelas funções definidas na referida norma legal.

2 – As companhias que tiverem nos seus Estatutos Sociais as atribuições dos diretores difusas ou gerais será preciso uma indicação, por meio de correspondência à SUSEP, demonstrando o acato ao ato normativo do Órgão Regulador.

3 – Todas as companhias deverão ratificar na próxima Assembleia Geral Ordinária os diretores indicados para exercerem as funções determinadas pela Circular SUSEP 234/03 (vide *RPinsurance set a out/03*).

Funções:

- ☐ Diretor de relações com a SUSEP;
- ☐ Diretor técnico;
- ☐ Diretor administrativo - financeiro;
- ☐ Diretor responsável pelo cumprimento da Lei 9.613/98.

A SUSEP informa, ainda, a criação, no Formulário de Informações Periódicas, campo específico, com o nome e a função de cada diretor, onde constarão as indicações realizadas pelas sociedades seguradoras, de capitalização e de previdência complementar aberta.

Vigência: 01.12.03.

Revogação: Nenhuma. ▲

Capitalização

Circ. SUSEP 238, de 19.11.03 – Altera as normas sobre contratação de títulos.

Extingue a determinação que obrigava as sociedades de capitalização, para as séries superiores a 1 milhão de títulos, a diluição uniforme de 10%, no mínimo, dos valores destinados a sorteio, em extrações com periodicidade máxima semestral ao longo da vigência dos títulos.

A norma, também, permite que em caso de necessidade devidamente justificada pela sociedade de capitalização, e a critério da SUSEP, o prazo para comercialização dos títulos após a aprovação, que já está fixado em 180 dias, possa ser prorrogado por mais 180 dias.

Vigência: 21.11.03

Revogação: Circ. SUSEP 236, de 24.10.03. ▲

Plano de contas das Seguradoras Especializadas em Saúde – SES

Instrução DIOPE 02, de 12.11.03 - Estabelece prazo para utilização do 3º código.

Estabelece que, a partir de 01.01.2004, deverá ser utilizado 3º código do plano geral de codificação (Anexo I – Normas Básicas – subitem 2.1.3).

Lembrando:

“2.1.3 Terceiro código: constituído por 4 (quatro algarismos), trata do período de implantação, da natureza jurídica da contratação e formas de cobertura plano:

10º dígito – Período de implantação do plano, da seguinte maneira:

1 – Planos operados antes da vigência da Lei nº 9.656/98, isto é, até 31/12/1998;

2 - Planos operados a partir da vigência da Lei nº 9.656/98, ou seja, 01/01/1999.

11º dígito – Como tipo da natureza jurídica da contratação do plano de assistência à saúde, segundo estabelece o art. 16 da Lei nº 9.656/98, assinala-se:

1 – Individual;

2 – Coletivo

12º e 13º dígito – Como formas de cobertura oferecidas, são entendidos os desdobramentos de cada natureza jurídica da contratação na entidade, de acordo com o estabelecido na RDC nº 4, de 18 de fevereiro de 2000, e posteriores alterações;

algarismos 01 – Ambulatorial

algarismos 02 – Hospitalar com obstetrícia

algarismos 03 – Hospitalar sem obstetrícia

algarismos 04 – Odontológico

algarismos 05 – Referência

algarismos 06 – Ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia

algarismos 07 – Ambulatorial mais hospitalar sem obstetrícia

algarismos 08 - Ambulatorial mais odontológico

algarismos 10 – Hospitalar com obstetrícia mais odontológico

algarismos 11 - Hospitalar sem obstetrícia mais odontológico

algarismos 13 – Ambulatorial mais hospitalar com obstetrícia mais odontológico

algarismos 14 – Ambulatorial mais hospitalar sem obstetrícia mais odontológico

algarismos 90 – Outros”

Vigência: 13.11.03

Revogação: nenhuma. ▲

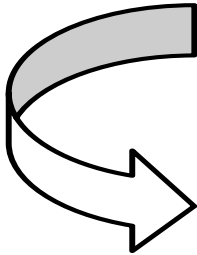
Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e Seguradora Especializadas em Saúde

Res. RN 62, de 22.12.03 – Alteração.

Acrescenta ao artigo 1º, o parágrafo único e altera a redação do artigo 6º da Res. RN 40, de 06.06.03 (vide [RP Insurance News maio a jun/03](#)), que veda às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a comercialização de produtos de assistência à saúde não previstos na Lei 9.656/98.

Lembrando:

Art. 1º Fica vedada às operadoras de planos de assistência à saúde e às seguradoras especializadas em saúde a operação de sistemas de descontos ou de garantia de preços diferenciados a serem pagos diretamente pelo consumidor ao prestador dos serviços, bem como a oferta de qualquer produto ou serviço de saúde que não apresente as características definidas no inciso I e § 1º do art. 1º da Lei n.º 9.656, de 1998.



Inclusão

Art. 1º

Parágrafo único. Não está incluído, na proibição de que trata este artigo, o oferecimento de serviços complementares aos planos definidos na Lei nº 9656, de 1998, desde que sejam restritos a itens não previstos no Rol de Procedimentos da ANS, bem como serviços exclusivamente voltados para a saúde ocupacional, na forma da legislação trabalhista.

Redação Anterior

Art. 6º Fica incluído o inciso VIII no art. 7º da RDC nº 24, de 2000, com a seguinte redação:

VIII - operar produto de assistência à saúde não previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e sua regulamentação.

Redação Atual

Art. 6º Ficam incluídos os incisos VIII e IX ao art. 7º da RDC nº 24, de 13 de junho de 2000, com a seguinte redação:

VIII - descumprir as obrigações estabelecidas no Termo de Alienação previsto no art. 18, da RDC nº 82, de 16 de agosto de 2001;

IX - operar produto de assistência à saúde não previsto na Lei nº 9.656, de 1998, e sua regulamentação.

Vigência: 23.12.03

Revogação: nenhuma. ▲

Demais normas no período

ANS

Res. RN 51, de 07.11.03 - Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, e altera o Anexo I da Resolução RN 38, de 28 de maio de 2003.

Res. RN 52, de 14.11.03 - Dispõe sobre os Regimes Especiais de Direção Fiscal e de Direção Técnica das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde e das Seguradoras Especializadas em Saúde.

Res. RN 53, de 14.11.03 - Altera o art. 4º da Resolução Normativa nº 17, de 11 de novembro de 2002, e o Anexo I da Resolução Normativa n.º 37, de 05 de maio de 2003.

Res. RN 54, de 28.11.03 – Estabelece os requisitos para celebração dos instrumentos jurídicos firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços auxiliares de diagnóstico e terapia e clínicas ambulatoriais.

Res. RN 55, de 02.12.03 - Dispõe sobre o processo administrativo para comprovação de conhecimento prévio de doença e lesão preexistente pelo consumidor contratante ou beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da Agência Nacional de Saúde Suplementar –ANS.

Res. RN 56, de 03.12.03 - Cria o Sistema de Cadastro de Planos Privados de Assistência à Saúde comercializados anteriormente à data de vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Res. RN 58, de 17.12.03 - Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Res. RN 58, de 17.12.03 - Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Res. RN 59, de 19.12.03 - Dispõe sobre plano privado de assistência à saúde exclusivamente odontológico em regime misto de pagamento.

Res. RN 60, de 19.12.03 - Altera dispositivo da Resolução Normativa - RN nº 42, de 4 de julho de 2003, e revoga a Resolução Normativa - RN nº 49, de 31 de outubro de 2003.

Res. RN 61, de 19.12.03 - Altera dispositivos da Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 85, de 21 de setembro de 2001, que institui o Sistema de Informações de Produtos – SIP para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, e dá outras providências.

Res. RN 63, de 22.12.03 - Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004.

Res. RN 64, de 22.12.03 - Dispõe sobre o Programa de Incentivo à Adaptação de Contratos de que trata a Medida Provisória n.º 148, de 15 de dezembro de 2003.

Res. RN 65, de 24.12.03 - Define o Diretor responsável pela Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos.

© 2003 KPMG no Brasil, é firma-
membro brasileira da KPMG
International, uma cooperativa suíça.
Todos os direitos reservados. Impresso
no Brasil.

Regulatory Practice Insurance News -
Publicação do S.A.R. - Setor de Apoio
Regulamentar - Financial Services
R. Dr. Renato Paes de Barros, 33 –
04530-904 São Paulo, SP - Fone (011)
3067-3286 - Fax (011) 3067-3010
Coordenação: Maria Cecília V. F. Santos
- e-mail: sar@kpmg.com.br
Colaboração: Ana Paula Gomes Cano

Todas as informações fornecidas neste
documento são de natureza genérica e
não têm por finalidade abordar as
circunstâncias de nenhum indivíduo
específico ou entidade específica.
Tais informações não devem servir de
base para se empreender qualquer ação
sem orientação profissional qualificada.