

Outubro 2007

SUSEP

Controles Internos

Circular 352, de 04.10.07 - Pessoas politicamente expostas

A Circular SUSEP 341/07 (*vide RP Insurance News abr/07*) trata dos procedimentos a serem observados no relacionamento com clientes, considerados pessoas politicamente expostas.

A Circular 352 altera a data em que o normativo supracitado produzirá efeitos.

Prazo anterior:
01.10.07

Prazo atual:
01.01.08

Vigência: 08.10.07

Revogação: não há ▲

Condições
Contratuais**Carta-Circular DETEC 08, de 18.10.07 - Exclusão de cobertura**

O presente normativo promove alterações nas condições gerais de contrato com relação a exclusão de cobertura na hipótese de sinistros ou acidentes decorrentes de atos praticados pelos segurados em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob o efeito de substâncias tóxicas.

- Nos Seguros de Pessoas e Seguros de Danos, é vedada a exclusão de cobertura na hipótese mencionada acima.
- Excepcionalmente, nos Seguros de Danos cujo bem segurado seja um veículo, é admitida a exclusão de cobertura para danos ocorridos quando verificado que o veículo segurado foi conduzido por pessoa embriagada ou drogada, desde que a seguradora comprove que o sinistro ocorreu devido ao estado de embriaguez do condutor.

Vigência: não menciona.

Revogação: não há ▲

ANS

Doenças ou Lesões Preexistentes

Resolução Normativa - RN 162, de 17.10.07 - Conhecimento prévio de doença

O presente normativo estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo administrativo para comprovação do conhecimento prévio de DLP pelo beneficiário de plano privado de assistência à saúde no âmbito da ANS.

Destacamos as principais novidades:

Para fins desta Resolução, considera-se:

- ↳ **Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP):** aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde;
- ↳ **Cobertura Parcial Temporária (CPT):** aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;
- ↳ **Agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário; e
- ↳ **Segmentação:** tipo de cobertura contratada no plano privado de assistência à saúde conforme o art. 12 da Lei nº 9656/98.

O anexo desta Resolução traz o modelo da Carta de Orientação ao Beneficiário, a ser seguido em sua íntegra pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde

Carta de Orientação ao Beneficiário

- ▷ Institui-se como Carta de Orientação ao Beneficiário como parte integrante obrigatória dos contratos de planos privados de assistência à saúde individuais, familiares ou coletivos com menos de 50 beneficiários.
- ▷ A Carta visa orientar o beneficiário sobre o preenchimento da Declaração de Saúde, no momento da assinatura do contrato, e deverá conter:
 - a identificação e assinatura do beneficiário ou seu representante legal, e data da ciência; e
 - a identificação, o número do CPF e a assinatura do intermediário entre a operadora e o beneficiário, responsável pela venda do plano privado de assistência à saúde e que presenciou o preenchimento da Declaração de Saúde.

Doença ou Lesão Preexistente

- ▷ Nos planos privados de assistência à saúde, individual ou familiar, ou coletivos com menos de 50 beneficiários, contratados após a vigência da Lei 9.656/98, o beneficiário deverá informar à contratada, quando expressamente solicitado na documentação contratual por meio da Declaração de Saúde, o conhecimento de DLP, à época da assinatura do contrato ou adesão contratual, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão ou rescisão unilateral do contrato.
- ▷ Sendo constatada a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora poderá oferecer cobertura total no caso de doenças ou lesões preexistentes, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário.
 - caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá, oferecer CPT. O oferecimento neste caso é obrigatório, sendo facultado o oferecimento de Agravo como opção à CPT;
 - caso a operadora não ofereça CPT no momento da adesão contratual, não caberá alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde ou aplicação posterior de CPT ou Agravo;
 - na hipótese de CPT, as operadoras somente poderão suspender a cobertura de procedimentos cirúrgicos, o uso de leito de alta tecnologia e os procedimentos de alta complexidade, quando relacionados diretamente à DLP especificada;

Declaração de Saúde

- ▷ Não poderá haver solicitação de preenchimento de formulário de Declaração de Saúde na contratação ou adesão de plano em substituição a outro, ao qual o beneficiário, titular ou não do plano, permaneceu vinculado por período superior a 24 meses, desde que na mesma operadora, na mesma segmentação e sem interrupção de tempo.

Processo Administrativo

- ▷ Identificado indício de fraude por parte do beneficiário, referente à omissão de conhecimento de DLP por ocasião da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora deverá comunicar imediatamente a alegação de omissão de informação ao beneficiário através de Termos de Comunicação ao Beneficiário e poderá:
 - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano; ou
 - oferecer o Agravo; ou
 - solicitar a abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.
- ▷ Somente após a comunicação ao beneficiário de alegação de omissão de informação na Declaração de Saúde por ocasião da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde, a operadora poderá encaminhar a documentação pertinente à ANS, requerendo abertura de processo administrativo para verificação da sua procedência ou não.

O prazo máximo para solicitação de abertura de processo administrativo é de 24 meses, considerando-se o período entre a data de assinatura contratual ou adesão ao plano privado de assistência à saúde e a data de postagem no correio ou do protocolo desta solicitação na ANS.

- ▷ Para fins de solicitação de abertura de processo administrativo, a operadora deverá, obrigatoriamente, apresentar os documentos abaixo listados, em duas cópias legíveis, sem rasuras, com a identificação do beneficiário e com as devidas assinaturas e datas:
 - Termo de Alegação, contendo a identificação do beneficiário, a descrição da doença com a respectiva Classificação Internacional de Doenças (CID), ou lesão alegada que será objeto de julgamento, o número de registro do plano privado de assistência à saúde, o número de registro do beneficiário enviado ao Sistema de Informação de Beneficiário (SIB) e a assinatura do representante legal da operadora junto à ANS ou seu procurador;
 - Termo ou Proposta de Adesão ao plano;
 - Carta de Orientação ao Beneficiário, na forma do modelo anexo a esta resolução exceto para os contratos celebrados antes de 01.01.08;
 - Declaração de Saúde, datada e assinada pelo beneficiário titular ou dependente, ou representante legal, no caso de beneficiário menor de 18 anos ou incapaz;
 - Termo de Comunicação ao Beneficiário, contendo obrigatoriamente o nome do beneficiário constante do processo administrativo, a doença ou lesão alegada e o prazo de, no mínimo dez dias para manifestação do beneficiário;
 - comprovante de recebimento do Termo de Comunicação ao Beneficiário;
 - documentação comprobatória do conhecimento prévio do beneficiário sobre a DLP;
 - endereço atualizado do beneficiário ou do seu representante legal; e
 - no caso de contrato coletivo com menos de 50 beneficiários, apresentar comprovante do número de participantes do contrato.

- ▷ Será indeferida e arquivada a solicitação de abertura de processo administrativo, nas seguintes situações:
- falta de qualquer um dos documentos obrigatórios;
 - Declaração de Saúde que não contiver data e assinatura;
 - decurso de prazo;
 - planos privados de assistência à saúde coletivos com 50 ou mais beneficiários;
 - beneficiário que passou por qualquer tipo de exame ou perícia, com vistas a sua admissão no plano privado de assistência à saúde;
 - beneficiário que fez acordo de CPT ou Agravo, oferecido pela operadora, para a doença ou lesão alegada;
 - adaptação e migração de contratos;
 - já existir processo administrativo de alegação de omissão de informação de DLP na Declaração de Saúde contra o mesmo beneficiário e com a mesma alegação; e
 - no caso de transferência de carteira entre operadoras.

A operadora poderá solicitar, a qualquer tempo, o arquivamento do processo administrativo já autuado.

Penalidades

A Resolução Normativa 124/06, que dispõe sobre as penalidades para as infrações à legislação, passa a vigorar acrescida dos seguintes itens:

- Deixar de fornecer Carta de Orientação ao Consumidor previamente ao preenchimento da declaração de saúde no momento de assinatura do contrato ou adesão ao plano privado de assistência à saúde.
Sanção: advertência
Multa: R\$ 25.000,00
- Fornecer Carta de Orientação ao Consumidor fora do padrão estabelecido pela ANS.
Sanção: advertência
Multa: R\$ 10.000,00

O presente normativo aplica-se a todos os processos em curso, sem prejuízo dos atos já praticados.

A Carta de Orientação ao Beneficiário somente será exigida para os contratos celebrados a partir de 01.01.08.

A exigência do envio do Termo de Comunicação ao Beneficiário nos termos desta Resolução entrará em vigor em 01.01.08.

Vigência: 18.10.07

Revogação: Resoluções CONSU 02 /98, 17/99, artigos 2º e 4º da Resolução CONSU 15/99 e Resoluções Normativas 20/02 e 55/03 ▲

Troca de Informações

Instrução Normativa DIDES IN 27, de 26.10.07 - Padrão TISS

O presente normativo dispõe sobre a instituição da versão 2.01.03 do padrão de comunicação do Padrão TISS para a troca de informações entre operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde sobre os eventos assistenciais realizados aos seus beneficiários

- ▶ As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar os padrões de comunicação e segurança descritos no anexo I.
- ▶ As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde que utilizarem arquitetura de *webservices* para comunicação com os prestadores de serviços de saúde deverão adotar, além dos padrões de comunicação e segurança descritos no anexo I, as instruções contidas no anexo II, para a garantia da comunicação.
- ▶ As operadoras de plano privado de assistência à saúde e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a tabela de domínio descrita no anexo III.
- ▶ Os anexos I, II e III desta Instrução Normativa estarão disponíveis na página da internet www.ans.gov.br.

Vigência: 27.01.08

Revogação: não há ▲

Audiência Pública

Edital de Audiência Pública 06, de 10.10.07 - Resseguro

Resolução CNSP que institui regras e procedimentos para a constituição das provisões técnicas das sociedades resseguradoras locais.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 16.11.07 ▲

Edital de Audiência Pública 07, de 10.10.07 - Resseguro

Resolução CNSP que dispõe sobre o capital mínimo requerido para autorização e funcionamento dos resseguradores locais e dá outras providências.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 16.11.07 ▲

Edital de Audiência Pública 08, de 10.10.07 - Resseguro

Resolução CNSP que dispõe sobre o capital adicional baseado nos riscos de subscrição dos resseguradores locais e dá outras providências.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 16.11.07 ▲

Edital de Audiência Pública 09, de 10.10.07 - Resseguro

Resolução CNSP que institui regras e procedimentos para os limites de retenção das sociedades resseguradoras locais.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 16.11.07 ▲

Edital de Audiência Pública 09, de 10.10.07 - Resseguro

Resolução CNSP que dispõe sobre a atividade de resseguro, retrocessão e sua intermediação e dá outras providências.

Prazo para encaminhar sugestões e comentários: 16.11.07 ▲

Demais normas no período

ANS

Resolução Normativa - RN 163, de 26.10.07 – Altera o Regimento Interno da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências.

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

Todas as informações apresentadas neste documento são de natureza genérica e não têm por finalidade abordar as circunstâncias de nenhum indivíduo específico ou entidade. Embora tenhamos nos empenhado para prestar informações precisas e atualizadas, não há nenhuma garantia de sua exatidão na data em que forem recebidas nem de que tal exatidão permanecerá no futuro. Essas informações não devem servir de base para se empreender qualquer ação sem orientação profissional qualificada, precedida de um exame minucioso da situação em pauta.

O nome KPMG e o logotipo KPMG são marcas comerciais registradas da KPMG International, uma cooperativa suíça.

© 2007 KPMG Auditores Independentes uma sociedade brasileira e firma-membro da rede KPMG de firmas-membro independentes e afiliadas à KPMG International, uma cooperativa suíça. Todos os direitos reservados.

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 (11) 3245-8414 - Fax (11)3245-8070 - e-mail: sar@kpmg.com.br

Coordenação: Oscar Bozzolan Filho

Colaboração e Planejamento visual: Renata de Souza Santos