

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas, e dá outras providências.</i>	<i>Dispõe sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.</i>	Ajuste redacional.
O SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP , na forma do art. 36, alínea "b", do Decreto-Lei no 73, de 21 de novembro de 1966, e tendo em vista o que consta do Processo SUSEP nº 15414.000608/2005-62,	A SUPERINTENDENTE DA SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP , no uso das atribuições que lhe conferem as alíneas "b" e "c" do art. 36 do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, considerando o disposto no Decreto nº 10.139, de 28 de novembro de 2019, e o que consta do Processo SUSEP nº 15414.636172/2021-64,	
R E S O L V E :	R E S O L V E :	
CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES INICIAIS		
Art. 1º Estabelecer as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco oferecidas em plano de seguro de pessoas.	Art. 1º Dispor sobre as regras complementares de funcionamento e os critérios para operação das coberturas de risco de seguros de pessoas.	Ajuste redacional.
Parágrafo único. Para efeito desta Circular, define-se como indenização o valor a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.		As definições referentes a conceitos cuja própria denominação dispensa maiores explicações, ou que sejam comuns a demais segmentos do mercado supervisionado pela Susep, ou que estejam definidos em outros normativos específicos estão sendo retiradas dos normativos específicos de produtos. Futuramente, será avaliada a criação de um glossário com todos os termos técnicos que compõem o universo dos mercados supervisionados pela Susep.
	CAPÍTULO I DISPOSIÇÕES INICIAIS	
Art. 106. Qualquer alteração nas condições gerais, especiais e/ou na nota técnica atuarial dos planos de seguro deverá ser previamente encaminhada à SUSEP.	Art. 2º As condições contratuais dos planos de seguro, assim como suas eventuais alterações, deverão ser registradas eletronicamente na Susep previamente à sua comercialização.	Dispositivo adaptado para tratar da necessidade de registro eletrônico do produto previamente à comercialização, em alinhamento com o art. 9º da Circular Susep nº 621/2021.
	§ 1º Caberá às sociedades seguradoras, quando necessário, incorporar em seus planos as alterações decorrentes de normativos que entrem em vigor após o registro eletrônico do produto na Susep.	Dispositivo incluído para tratar do impacto das alterações regulatórias nos planos de seguro já registrados, em alinhamento com art. o 9º da Circular Susep nº 621/2021.
	§ 2º A alteração de plano de seguro já registrado, de que trata o caput e o §1º deste artigo, será válida:	Dispositivo incluído para tratar dos procedimentos a serem adotados pelas sociedades seguradoras em caso de alteração de produto já registrado.
	I – no caso de plano individual, exclusivamente para propostas de contratação subscritas a partir da data de registro da alteração do plano de seguro; e	Vide justificativa anterior.
	II – no caso de plano coletivo, exclusivamente para contratos coletivos celebrados a partir da data de registro da alteração do plano de seguro.	Vide justificativa anterior.
	§ 3º No caso de alteração exclusivamente em nota técnica atuarial que não seja objeto de registro junto ao plano de seguro, a data de que trata o §2º deste artigo será aquela em que a Nota Técnica Atuarial for alterada pela sociedade seguradora, observado o disposto no §1º do art. 68.	Vide justificativa anterior.
Art. 3º Além das disposições desta Circular, as condições contratuais e demais operações de seguro de pessoas deverão observar a legislação e a regulamentação específica em vigor, aplicáveis a cada matéria.	Art. 3º As sociedades seguradoras são responsáveis pelas cláusulas constantes em seus produtos, que devem estar em conformidade com a legislação vigente.	Adaptação de redação, em alinhamento com o parágrafo único do art. 4º da Circular Susep nº 621/2021.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>Art. 100. As condições contratuais deverão ser expressas em linguagem clara e objetiva, de forma que não gere multiplicidade de interpretações e respeite o vernáculo, bem como apresentar, com destaque, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado.</p> <p>Art. 101. Deverá haver ordenamento lógico nas condições gerais e especiais do seguro, com as informações referentes ao mesmo assunto agregadas em um só item ou em itens subsequentes.</p> <p>Resolução CNSP nº 117/2004</p> <p>Art. 59. Não poderão constar das condições gerais ou especiais cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, impostas, incompatíveis com a boa-fé e com a eqüidade ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem, ou que contrariem a regulação em vigor.</p> <p>Art. 99. O nome do plano de seguro deverá manter estreita relação com o tipo de cobertura oferecida.</p> <p>Parágrafo único. O nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência da cobertura oferecida.</p> <p>Art. 2º As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.</p>	<p>Art. 4º As condições contratuais deverão ter ordenamento lógico e ser expressas em linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento, bem como simplificação da redação, em alinhamento com art. 11 da Circular Susep nº 621/2021.</p> <p>Art. 5º Não poderão constar das condições contratuais cláusulas coercitivas, desleais, abusivas, incompatíveis com a boa-fé ou que estabeleçam obrigações iníquas, que coloquem o segurado, beneficiário ou assistido em desvantagem, ou que contrariem a regulação em vigor.</p> <p>Art. 6º A denominação do plano de seguro, incluindo o nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência das coberturas oferecidas.</p> <p>Art. 7º As peças promocionais e de publicidade deverão ser divulgadas sob supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições contratuais e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.</p> <p>Parágrafo único. A sociedade seguradora se responsabiliza pelas informações contidas na publicidade do produto que vier a ser veiculada, assegurando aos segurados todos os direitos e condições ali elencados, bem como pela transparência de todo o processo.</p>	<p>Consolidação dos artigos 100 e 101 da Circular Susep nº 302/2005 e simplificação da redação, em alinhamento com art. 11 da Circular Susep nº 621/2021.</p> <p>Incorporação do art. 59 da Resolução CNSP nº 117/2004.</p> <p>Consolidação do art. 99 da Circular Susep nº 302/2005, e seu parágrafo único, com simplificação da redação, em alinhamento com o art. 11 da Circular Susep nº 621/2021.</p> <p>Ajuste redacional em alinhamento com o art. 3º da Circular Susep nº 621/2021, com menção à regulamentação de práticas de conduta e exclusão da referência à nota técnica atuarial submetida à Susep, em função da nova dinâmica de encaminhamento da NTA à Susep.</p> <p>Dispositivo incluído em alinhamento com o parágrafo único do art. 3º da Circular Susep nº 621/2021, para tratar da responsabilidade da seguradora por todas as informações de publicidade.</p> <p>Tratado no art. 3º desta minuta de circular.</p> <p>Artigo incluído em alinhamento com art. 6º da Circular Susep nº 621/2021, para tratar da responsabilidade da seguradora no caso da oferta de seus produtos por terceiros.</p> <p>Deslocamento do art. 97 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional.</p> <p>Deslocamento do art. 96 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional em alinhamento com art. 5º da Circular Susep nº 621/2021.</p> <p>Inciso mantido com pequeno ajuste de redação.</p>
I – “A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco”;	I - a aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;	

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
II – “O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização”; e	II - o registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; e	Inciso mantido com ajuste redacional em alinhamento com art. 5º da Circular Susep nº 621/2021.
III – “O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br , por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.	III - o segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br .	Inciso mantido com ajuste redacional em alinhamento com art. 5º da Circular Susep nº 621/2021.
<i>Parágrafo único. A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e propaganda utilizado pela sociedade seguradora.</i>	§ 1º A informação contida no inciso I deste artigo não se aplica a seguros contratados por meio de emissão de bilhete. § 2º A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e publicidade utilizado.	Inclusão de esclarecimento necessário em virtude de a contratação por meio de bilhete dispensar a proposta, em alinhamento com art. 5º da Circular Susep nº 621/2021. Parágrafo mantido com ajuste redacional em alinhamento com art. 5º da Circular Susep nº 621/2021.
Art. 82. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco para cálculo dos prêmios deverão fornecer todos os esclarecimentos necessários para o correto preenchimento do questionário, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas ou omissões devidamente comprovadas.	Art. 11. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco, constante da proposta, no cálculo dos prêmios deverão fornecer, de forma objetiva, todos os esclarecimentos necessários para o seu correto preenchimento, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas devidamente comprovadas.	Deslocamento do art. 82 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa e em alinhamento com o art. 13 da Circular Susep nº 621/2021.
CAPÍTULO II DOS RISCOS COBERTOS Seção I Das Disposições Comuns	Art. 12. A sociedade seguradora deverá disponibilizar as condições contratuais por meio físico ou remoto, por ocasião da emissão da apólice, bilhete ou certificado individual do seguro.	Dispositivo incluído em alinhamento com art. 8º da Circular Susep nº 621/2021, para explicitar a necessidade de disponibilização das condições contratuais após a contratação (por meio físico ou remoto).
Art. 4º As coberturas do seguro de pessoas podem ser divididas em básicas e adicionais.		Artigo substituído pelo art. 20 da minuta.
Parágrafo único. O seguro deve abranger pelo menos uma das coberturas básicas, quando adotada a estruturação de coberturas básicas e adicionais.		Excluído tendo em vista a exclusão do caput.
Art. 5º A invalidez permanente prevista nas coberturas mencionadas nas Seções III, IV e V deste Capítulo deve ser comprovada através de declaração médica.		Tratado no inciso II do parágrafo único do art. 51 da minuta.
Parágrafo único. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam as Seções III, IV e V deste Capítulo.		Tratado no art. 69 da minuta.
Art. 6º No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.		Tratado no art. 76 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.		Tratado no §1º do art. 76 da minuta.
§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.		Tratado no §2º do art. 76 da minuta.
§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.		Tratado no §3º do art. 76 da minuta.
Art. 7º O resarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.		Tratado no art. 54 da minuta.
Art. 8º Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.		Tratado na minuta de resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Art. 9º É vedado o oferecimento de cobertura em que o pagamento da indenização esteja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.		Tratado de forma mais ampla no art. 18 da minuta.
CAPÍTULO XI DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO	CAPÍTULO II ELEMENTOS MÍNIMOS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO	
<i>Seção I</i> <i>Do Objetivo do Seguro</i>	Objetivo do seguro	
Art. 53. O objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado, quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza quais são os riscos cobertos.	Art. 13. A cláusula de objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza quais são os riscos cobertos.	Deslocamento do art. 53 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste de redação em alinhamento com art. 14 da Circular Susep nº 621/2021.
<i>Art. 107. Para efeito de análise por parte da SUSEP, deverão ser abertos processos administrativos específicos por plano, inclusive quando houver distinção entre planos individuais e coletivos.</i>	Tipo de contratação	
	Art. 14. As condições contratuais deverão especificar se o plano é de contratação coletiva ou individual.	Deslocamento do art. 107 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional e manutenção da previsão de que o plano de seguro de pessoas não pode ser simultaneamente individual e coletivo, considerando as peculiaridades inerentes a cada tipo de contratação.
<i>Seção II</i> <i>Das Definições</i>	Definições	
Art. 54. As condições gerais deverão apresentar a definição dos termos técnicos utilizados nas condições contratuais.	Art. 15. As condições contratuais deverão apresentar glossário, em linguagem clara e de fácil entendimento, com a definição dos termos técnicos e estrangeirismos utilizados.	Ajuste redacional em alinhamento com art. 15 da Circular Susep nº 621/2021.
<i>Seção III</i> <i>Do Âmbito Geográfico</i>	Âmbito geográfico	

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 55. Deverá constar das condições gerais o âmbito geográfico da(s) cobertura(s) do plano de seguro.	Art. 16. Deverá constar das condições contratuais o âmbito geográfico das coberturas do plano de seguro.	Ajuste redacional, com uso do termo condições contratuais.
Seção IV <i>Das Coberturas</i>	Coberturas	
Art. 56. As condições gerais e/ou especiais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos. Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.	Art. 17. As condições contratuais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos. Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.	Deslocamento do art. 56 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com pequeno ajuste redacional. Deslocamento do parágrafo único do art. 56 da Circular Susep nº 302/2005, conforme justificativa acima.
Art. 9º É vedado o oferecimento de cobertura em que o pagamento da indenização esteja condicionado à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.	Art. 18. As condições contratuais deverão dispor de forma clara e objetiva sobre a caracterização dos eventos cobertos, sendo vedado o estabelecimento de requisitos de caracterização que, na prática, não possam ser satisfeitos.	Substituição do dispositivo original, que tratava exclusivamente do caso de impossibilidade de exercício de toda e qualquer atividade laborativa, por um dispositivo principiológico, que abranja maior variedade de situações concretas, a fim de evitar que sejam oferecidas coberturas inócuas aos consumidores. A caracterização de eventos cobertos deve ser estabelecida de forma clara e objetiva sendo vedados requisitos abusivos, impossíveis de serem alcançados, tal como ocorria com a antiga cobertura de IPD que, na prática, condicionava a invalidez à impossibilidade do exercício, pelo segurado, de toda e qualquer atividade laborativa.
Seção II <i>Da Cobertura de Morte</i>		
Art. 10. A denominação de qualquer plano de seguro como de vida, exceto quando prevista a cobertura por sobrevivência, está condicionado ao oferecimento da cobertura de morte por causas naturais e accidentais.		Excluído, considerando que já há previsão nesse sentido no art. 6º da minuta.
Seção III <i>Da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente</i>		
Art. 11. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.		Tratado no art. 70 da minuta.
Art. 12. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro.		Tratado no art. 70 da minuta.
§ 1º Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.		Tratado no art. 70 da minuta.
§ 2º Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.		Tratado no art. 70 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 3º Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.		Parágrafo excluído, para viabilizar maior liberdade de estruturação das coberturas. Os planos deverão prever o critério a ser adotado.
§ 4º Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).		Tratado no art. 70 da minuta.
§ 5º Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.		Parágrafo excluído, para viabilizar maior liberdade de estruturação das coberturas. Os planos deverão prever o critério a ser adotado.
§ 6º Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.		Parágrafo excluído, para viabilizar maior liberdade de estruturação das coberturas. Os planos deverão prever o critério a ser adotado, se for o caso.
§ 7º A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.		Parágrafo excluído, para viabilizar maior liberdade de estruturação das coberturas. Os planos deverão prever se há ou não cobertura nos casos citados no dispositivo original.
Art. 13. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.		Tratado no art. 22 da minuta.
Art. 14. É facultada a estruturação de plano de seguro que garanta cobertura de invalidez permanente total por acidente.		O artigo foi excluído, considerando se tratar de uma faculdade para as sociedades seguradoras e que o normativo não se propõe a trazer uma lista exaustiva de coberturas passíveis de serem oferecidas no mercado.
Seção IV		
Da Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença		
Art. 15. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, consequente de doença.		Considerando que o normativo não se propõe a apresentar uma lista exaustiva das coberturas de seguros de pessoas com cobertura de risco, optou-se pela retirada da previsão explícita de determinadas coberturas, conferindo maior liberdade para estruturação e oferecimento de coberturas mais diversas. Entretanto, deve ser observado que questões pontuais referentes a determinadas coberturas ou segmentos foram tratadas na minuta, com vistas a mitigar eventuais condutas prejudiciais ao consumidor e ao mercado.
§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.		Vide justificativa anterior.
§ 2º Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.		Vide justificativa anterior.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 3º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.		Vide justificativa anterior.
§ 4º Não podem configurar como segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da sociedade seguradora.		Vide justificativa anterior.
Art. 16. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.		Vide justificativa anterior. Além disso, há artigo na minuta de Resolução, aplicável às coberturas de seguros de pessoas de forma geral, que trata da possibilidade de pagamento da indenização sob a forma de renda ou sob a forma de pagamento único.
§ 1º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no caput deste artigo, o segurado poderá ser automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.		Tratado de forma geral no art. 21 da minuta.
§ 2º No caso do segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura de que trata o caput deste artigo será reintegrado.		
§ 3º Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no caput deste artigo, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.		
Seção V Da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença		
Art. 17. Garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado.		Considerando que o normativo não se propõe a apresentar uma lista exaustiva das coberturas de seguros de pessoas com cobertura de risco, optou-se pela retirada da previsão explícita de determinadas coberturas, conferindo maior liberdade para estruturação e oferecimento de coberturas mais diversas. Entretanto, deve ser observado que questões pontuais referentes a determinadas coberturas ou segmentos foram tratadas na minuta, com vistas a mitigar eventuais condutas prejudiciais ao consumidor e ao mercado.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 1º Para todos os efeitos desta norma é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.		Excluído, considerando a exclusão do caput.
§ 2º Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de que trata este artigo, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.		Vide justificativa anterior.
Art. 18. Aplica-se à cobertura de que trata este artigo o disposto no art. 16 desta Circular.		Vide justificativa anterior.
Seção VI Da Cobertura de Diárias por Incapacidade		
Art. 19. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.		Considerando que o normativo não se propõe a apresentar uma lista exaustiva das coberturas de seguros de pessoas com cobertura de risco, optou-se pela retirada da previsão explícita de determinadas coberturas, conferindo maior liberdade para estruturação e oferecimento de coberturas mais diversas. Entretanto, deve ser observado que questões pontuais referentes a determinadas coberturas ou segmentos foram tratadas na minuta, com vistas a mitigar eventuais condutas prejudiciais ao consumidor e ao mercado.
§ 1º A incapacidade de que trata o caput é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.		Vide justificativa anterior.
§ 2º O período de franquia de que trata o <i>caput</i> deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.		Vide justificativa anterior.
Seção VII Da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas		
Art. 20. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.		Tratado no art. 72 da minuta.
§ 1º Não estão abrangidas na cobertura descrita no <i>caput</i> as despesas decorrentes de:		Excluído, considerando que a seguradora pode estabelecer livremente o escopo da cobertura, desde que as despesas cobertas sejam decorrentes do acidente pessoal coberto.
I – estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes.		Vide justificativa anterior.
II – aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.		Vide justificativa anterior.
§ 2º Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.		A questão da prestação de serviços e do reembolso como forma de pagamento da indenização está prevista na minuta de Resolução.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 3º As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.		Não foi verificada a necessidade de manutenção do dispositivo, cabendo a seguradora estabelecer as formas de comprovação nas condições contratuais.
Seção VIII Da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar		
Art. 21. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e/ou especiais.		Tratado no art. 73 da minuta.
§ 1º O período de franquia de que trata o <i>caput</i> deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.		Dispositivo excluído, considerando a abordagem de simplificação adotada na revisão do normativo, possibilitando o desenvolvimento de produtos mais variados e adequados às necessidades dos consumidores, com potencial de redução dos custos.
§ 2º O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.		Excluído com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento de produtos mais flexíveis e diversos. Entretanto, conforme artigo 73 da minuta, o valor da indenização deve independe das eventuais despesas efetivamente incorridas pelo segurado por ocasião de sua internação.
§ 3º É vedada a comercialização de cobertura relacionada, exclusivamente, a despesas hospitalares de forma distinta da tratada neste artigo.		Excluído, considerando a reformulação do dispositivo que trata da cobertura (art. 73 da minuta).
Seção IX Da Cobertura de Doenças Graves		
Art. 22. A cobertura de doenças graves garante o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas condições gerais e/ou especiais do plano de seguro, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.		Tratado no art. 71 da minuta.
	Art. 19. As condições contratuais poderão prever coberturas relativas a diferentes ramos de seguros, observadas as regulamentações específicas de cada ramo e a regulamentação específica sobre contabilização em ramos vigente.	Artigo incluído em alinhamento com art. 19 da Circular Susep nº 621/2021, com o objetivo de deixar explícita a possibilidade de conjugação de coberturas relativas a diferentes ramos (e grupos de ramos) de seguros, para viabilizar a estruturação de planos de seguro mais flexíveis e diversos.
	Parágrafo único. A sociedade seguradora deverá possuir autorização para operar em todos os ramos relativos às coberturas previstas nas condições contratuais.	Parágrafo incluído em alinhamento com o parágrafo único do art. 19 da Circular Susep nº 621/2021, para esclarecer sobre a necessidade de autorização, pela seguradora, para operar nos ramos que compõem o plano de seguro.
Art. 57. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá especificar se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente, observando-se o disposto no art. 4º desta Circular, quando for o caso.	Art. 20. Nos planos de seguro que conjuguem mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá informar, em destaque, se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente.	Deslocamento do art. 57 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional.
	Art. 21. As condições contratuais deverão indicar se o recebimento de indenização de determinada cobertura implica o cancelamento ou qualquer alteração nas demais coberturas do seguro.	Artigo incluído para promover maior esclarecimento quanto ao impacto do recebimento da indenização na continuidade do contrato de seguro.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 13. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.	Art. 22. As condições contratuais deverão deixar claro se as indenizações referentes a coberturas distintas são ou não cumulativas em caso de sinistros decorrentes do mesmo evento.	Ampliação de escopo do dispositivo original, que tratava exclusivamente das coberturas de morte e invalidez, por um dispositivo que alcança maior variedade de coberturas.
	Art. 23. Quando prevista cobertura cuja forma de indenização seja prestação de serviços exclusivamente por meio de rede referenciada, sem a previsão de reembolso de despesas, a cláusula referente à cobertura deverá ser redigida de forma clara e em destaque, de modo a evidenciar suas limitações quanto à escolha do prestador.	Artigo incluído em alinhamento com o parágrafo único do art. 21 da Circular Susep nº 621/2021, para tratar dos casos em que a forma de indenização seja por meio prestação de serviços, promovendo maior flexibilidade para estruturação de produtos, desde que observada a devida transparência ao consumidor.
Resolução CNSP nº 352/2017 Art. 7º <i>Parágrafo único. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.</i>	§ 1º As condições contratuais deverão especificar o que ocorre na hipótese de impossibilidade de contato e/ou de impossibilidade da utilização da rede de serviços referenciada, inclusive nas situações em que o prestador de serviços ou a seguradora tiverem dado causa à impossibilidade.	Parágrafo incluído com base no art. 7º da resolução que trata sobre seguro funeral, com adaptação da redação. O objetivo é trazer maior transparência para o contrato de seguro, com especificação clara do que ocorre na hipótese de impossibilidade de contato e/ou de impossibilidade da utilização da rede de serviços referenciada, inclusive nas situações em que o prestador de serviços ou a seguradora tiverem dado causa à impossibilidade. Nessa linha, por exemplo, evita-se que o segurado fique prejudicado em sua cobertura em função de falhas na comunicação com a seguradora.
	§ 2º A sociedade seguradora deverá manter em seu sítio eletrônico a lista atualizada dos prestadores de serviço de sua rede referenciada por plano de seguro e dar ciência aos segurados em caso de alteração significativa da rede referenciada, inclusive com impacto na abrangência geográfica.	Parágrafo incluído em função da flexibilidade introduzida quanto às formas possíveis de pagamento de indenização das coberturas de maneira geral, objetivando viabilizar o acesso dos segurados às informações necessárias à utilização de seu contrato.
Seção V <i>Dos Riscos Excluídos</i>	Riscos excluídos	
	Art. 24. Os riscos excluídos devem ser estabelecidos de forma precisa, sendo proibidas generalidades que não permitam a identificação de situações concretas.	Dispositivo incluído em alinhamento com art. 22 da Circular Susep nº 621/2021, evidenciando a necessidade de que os riscos excluídos sejam estabelecidos de forma clara, minimizando os riscos de equívocos de interpretação quanto ao efetivo escopo das coberturas contratadas.
Carta Circular nº 2/2011 1. É vedado excluir das coberturas de acidentes pessoais os casos abaixo, quando estes forem diretamente decorrentes de um acidente pessoal: a) qualquer tipo de hérnia e suas consequências; b) o parto ou aborto e suas consequências; c) o choque anafilático e suas consequências.	Art. 25. É vedado excluir da cobertura de acidentes pessoais qualquer evento específico relacionado ao estado de saúde ou à integridade física do segurado que tenha sido causado por acidente pessoal coberto.	Incorporação de forma principiológica da Carta Circular Susep/CGPRO nº 2/2011, com adaptação da redação para tornar o dispositivo aplicável a uma maior variedade de situações.
Carta Circular nº 8/2007 <i>Nos Seguros de Pessoas e Seguros de Danos, é VEDADA A EXCLUSÃO DE COBERTURA na hipótese de “sinistros ou acidentes decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de alcoolismo ou sob efeito de substâncias tóxicas”.</i>	Art. 26. É vedado constar no rol de riscos excluídos do seguro eventos decorrentes de atos praticados pelo segurado em estado de insanidade mental, de embriaguez ou sob efeito de substâncias tóxicas.	Incorporação da Carta Circular SUSEP/ DETEC/ GAB/ Nº 8/2007, em alinhamento com art. 23 da Circular Susep nº 621/2021, com ajuste redação efetuado com base em posicionamento da Procuradoria Federal junto à Susep a respeito de jurisprudência atual.
	Parágrafo único. O estado de insanidade mental, a embriaguez e o uso de substâncias tóxicas pelo segurado não poderão ser considerados como causa de agravamento de risco suscetível de levar à perda da cobertura.	Dispositivo incluído em alinhamento com o parágrafo único do art. 23 da Circular Susep nº 621/2021, também elaborado com base em posicionamento da Procuradoria Federal junto à Susep e considerando as especificidades inerentes aos seguros de pessoas.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
	Art. 27. Deverá constar das condições contratuais do seguro disposições relacionadas a eventual exclusão de doenças preexistentes.	Dispositivo incluído para prever a necessidade de devida sinalização, nas condições contratuais, sobre eventual exclusão de doenças preexistentes, observado o disposto no artigo.
Art. 62. Caso as condições gerais e/ou especiais exclam doença preexistente das coberturas do seguro, esta deverá ser definida como doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.	§ 1º Não poderão ser objeto de exclusão de cobertura do seguro as doenças preexistentes: I - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta; II - que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta.	Ajuste redacional para tornar o dispositivo mais direto e de fácil compreensão.
Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 12. Caso a sociedade seguradora dispense o preenchimento de declaração de saúde por parte do segurado, fica vedada a exclusão de doenças preexistentes nas coberturas de seguro viagem.	§2º É vedada a exclusão de doenças preexistentes quando não for exigido pela sociedade seguradora o preenchimento de declaração pessoal de saúde.	Incorporação do art. 12 da Resolução CNSP nº 315/2014, considerando a pertinência de sua aplicabilidade não somente a casos de seguro viagem.
	§3º Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta.	Parágrafo incluído para viabilizar maior liberdade de negociação entre as partes, viabilizando, por exemplo, que um proponente que teria seu seguro negado em função de uma doença preexistente consiga contratar o seguro, ainda que com cobertura restrita.
	§4º Na hipótese prevista no §3º deste artigo, a apólice individual ou certificado individual deverão discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura.	Dispositivo necessário considerando a flexibilização promovida pelo §3º do artigo, tendo em vista a necessidade de extrema transparência da situação, que envolve restrição de direitos do segurado.
CAPÍTULO III DA ACEITAÇÃO DOS RISCOS	Aceitação	
Art. 63. Deverá constar das condições gerais do seguro cláusula de aceitação do risco, observada regulamentação específica.	Art. 28. Deverá constar das condições contratuais do seguro cláusula de aceitação do risco contendo o prazo que a sociedade seguradora dispõe para manifestar-se sobre a proposta, nos termos da regulamentação específica, exceto para os seguros contratados por bilhete.	Ajuste redacional em alinhamento com art. 24 da Circular Susep nº 621/2021.
Resolução CNSP nº 117/2004 Art. 65. § 1º Para a aceitação de que trata o "caput", poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.	Parágrafo único. Para a aceitação de que trata o caput, poderão ser exigidas informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.	Incorporação do parágrafo 1º do art. 65 da Resolução CNSP nº 117/2004, com ajuste redacional.
Seção VII Da Vigência	Vigência e renovação	
Art. 65. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência da cobertura, nos termos da regulamentação específica.	Art. 29. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência das coberturas, nos termos da regulamentação específica.	Deslocamento do art. 65 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, sem alterações.
Art. 64. Deverão ser especificados nas condições gerais os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.	Art. 30. Deverão ser especificados os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.	Deslocamento do art. 64 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional.
Art. 64 §1º A renovação automática do seguro só poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.	§ 1º A renovação automática só poderá ser feita uma única vez e pelo mesmo prazo, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.	Deslocamento do § 1º do art. 64 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Art. 64 § 2º Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.</i>	<i>§ 2º Quando prevista renovação da apólice, caso a sociedade seguradora não tenha interesse em efetuar esta renovação, deverá comunicar aos segurados e, no caso de apólice coletiva, ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, trinta dias que antecedam o final de vigência da apólice.</i>	<i>Deslocamento do § 2º do art. 64 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa. Alteração redacional em alinhamento à Circular Susep nº 621/2021.</i>
<i>Circular SUSEP nº 317/2006 Art. 11. Para os seguros que não tenham cobertura vitalícia, deverá constar da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice, do certificado individual e das condições gerais, em destaque, a seguinte informação: "Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice".</i>	<i>Art. 31. Para os seguros temporários que prevejam a possibilidade de renovação, as condições contratuais deverão conter a informação de que o seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento.</i>	<i>Incorporação do art.11 da Circular SUSEP nº 317/2006, com ajuste redacional.</i>
<i>Seção X Das Franquias e das Carências Art. 70. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão estar fixadas nas condições gerais e/ou especiais, no caso de planos individuais, ou no contrato, no caso de planos coletivos. Parágrafo único. No caso de planos coletivos, as condições gerais e/ou especiais do seguro deverão mencionar a existência de franquia e/ou carência.</i>	<i>Franquias e carências Art. 32. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão ter seus critérios previstos nas condições contratuais do plano.</i>	<i>Deslocamento do art. 70 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com simplificação redacional, considerando que nem sempre os prazos de franquias e carências são iguais para todos os segurados do mesmo plano.</i>
	<i>Parágrafo único. Os prazos e/ou valores de franquias e carências deverão constar, se for o caso, na proposta, na apólice, no bilhete e no certificado individual.</i>	<i>Parágrafo incluído em alinhamento com o § 3º do art. 28 da Circular Susep nº 621/2021, considerando a alteração realizada no caput.</i>
<i>Seção VIII Da Atualização e da Alteração de Valores Contratados Art. 66. Deverão ser especificados nas condições gerais os critérios de atualização e alteração dos valores contratados, conforme regulamentação específica.</i>	<i>Atualização e alteração de valores Art. 33. Deverão ser especificados os critérios de atualização e de alteração de valores relativos às operações de seguro e, quando for o caso, de recálculo, conforme regulamentação específica.</i>	<i>Deslocamento do art.66 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa e ajuste redacional para incluir expressamente a possibilidade de recálculo, conforme previsto na regulamentação específica.</i>
<i>Seção IX Do Pagamento de Prêmios Art. 67. Deverá ser incluída nas condições gerais cláusula disposta sobre o pagamento de prêmio, nos termos da regulamentação específica.</i>	<i>Pagamento de prêmio Art. 34. As condições contratuais deverão prever as formas e os critérios de custeio do plano de seguro e as possíveis periodicidades de pagamento de prêmios pelos segurados e/ou pelos estipulantes.</i>	<i>Deslocamento do art. 67 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional em alinhamento com art. 30 da Circular Susep nº 621/2021.</i>
<i>Art. 49. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a sociedade seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.</i>	<i>Art. 35. Qualquer que seja a forma de pagamento adotada, a sociedade seguradora ficará obrigada a manter registro das datas das operações realizadas, da identificação do segurado e do seguro correspondente pelo prazo indicado, em regulamentação específica, para guarda de documentos relativos ao contrato.</i>	<i>Deslocamento do art. 49 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional em alinhamento com art. 31 da Circular Susep nº 621/2021, com incorporação de outras informações que devem ser mantidas sob registro.</i>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Resolução CNSP nº 117/2004 Art. 19. ... Parágrafo único. Quando o plano de seguro for contratado com previsão de consignação em folha, na forma do "caput", as respectivas condições gerais deverão contemplar dispositivo determinando que a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.</i>	Parágrafo único. Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, as condições contratuais deverão prever que a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.	Incorporação do parágrafo único do art. 10 da Resolução CNSP nº 117/2004.
<i>Art. 46 § 1º Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.</i>	Art. 36. O prêmio de seguro poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nas condições contratuais.	Artigo incluído em alinhamento com o art. 32 da Circular Susep nº 621/2021 para prever as possíveis periodicidades de pagamento do prêmio de seguro.
<i>Art. 41. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.</i>	§ 1º O prêmio único pode ser fracionado, caso em que não é permitida a cobrança de quaisquer valores adicionais a título de custo administrativo de fracionamento. § 2º No caso de seguro com coberturas intermitentes, os prêmios poderão ser pagos em função da efetiva utilização das coberturas.	Deslocamento do § 1º do art. 46 da Circular Susep nº 302/2005 com ajuste redacional em alinhamento com § 1º do art. 32 da Circular Susep nº 621/2021. Dispositivo incluído em função da possibilidade de estruturação de planos com cobertura intermitente, em alinhamento com o §2º do art. 32 da Circular Susep nº 621/2021.
<i>Art. 42. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do segurado ou do estipulante deverá ser adotada uma das seguintes hipóteses pelas sociedades seguradoras:</i>	Art. 37. As condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento do prêmio e sobre a comunicação prévia ao segurado, pela sociedade seguradora, antes de eventual cancelamento do seguro.	Adaptação da redação do art. 41 da Circular Susep nº 302/2005 em alinhamento com o art. 33 da Circular Susep nº 621/2021, considerando que podem existir outras consequências prévias ao cancelamento do seguro em caso de inadimplência, tais como suspensão de coberturas, as quais deverão estar claramente definidas nas condições contratuais.
<i>I – cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s); ou II – não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.</i>	I - garantir a cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, podendo haver a cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento do valor da indenização; ou II - suspender a cobertura durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.	Inciso mantido com ajuste redacional em alinhamento com art. 34 da Circular Susep nº 621/2021. Inciso mantido com ajuste redacional em alinhamento com art. 34 da Circular Susep nº 621/2021.
<i>§1º O prazo de tolerância e/ou suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo deverão ser especificados nas condições gerais do plano.</i>	Parágrafo único. Deverão ser especificados nas condições contratuais o prazo de tolerância e/ou de suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo.	Dispositivo mantido, com mero ajuste redacional.
<i>Art. 43. As condições gerais poderão prever a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.</i>	Art. 39. No caso da suspensão prevista no inciso II do art. 38, as condições contratuais poderão prever a reabilitação do seguro em função da retomada do pagamento do prêmio, devendo ser estabelecido o critério para determinação do momento exato da reabilitação.	Deslocamento do art. 43 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional para viabilizar maior liberdade de estruturação dos planos (por exemplo, previsão de reabilitação imediata após o pagamento), cujas condições contratuais deverão prever o critério a ser adotado.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 52. Para os planos de seguro estruturados no regime financeiro de capitalização, deverá constar das condições gerais que a falta de pagamento do prêmio, nos prazos previstos, respeitado o prazo de suspensão, se houver, acarretará alternativamente, conforme se estipular:	Art. 40. Para as coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização, as condições contratuais deverão prever o oferecimento ao segurado de pelo menos uma das opções a seguir quando configurada falta de pagamento do prêmio, observado o disposto no art. 38, ou quando da solicitação de cancelamento da cobertura:	Deslocamento do art. 52 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional para equiparar o tratamento a ser dispensado nos casos de inadimplência (previsto no parágrafo único do art. 796 do Código Civil) e de cancelamento voluntário.
I – a resolução do contrato, com a restituição da provisão já formada;	I – cancelamento da cobertura, com a restituição integral do saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC);	Inciso mantido com ajuste redacional para deixar claro qual a provisão deve ter seu saldo restituído.
II – a redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do período de cobertura; ou	II – redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do prazo de vigência (saldamento); ou	Inciso mantido com ajuste redacional.
III – a redução do período de cobertura com manutenção do valor do capital segurado.	III – redução do prazo de vigência com manutenção do valor do capital segurado (seguro prolongado).	Inciso mantido com ajuste redacional.
Art. 68. Caso o plano preveja multa por atraso no pagamento do prêmio, deverá ser informado nas condições gerais a sua forma de cálculo.	Art. 41. Caso o plano preveja multa e/ou juros moratórios por atraso no pagamento do prêmio, estes deverão ser estabelecidos nas condições contratuais.	Deslocamento do art. 68 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional.
Art. 69. Quando da estruturação de planos de seguro individuais em que haja alteração de taxa por faixa etária, deverá constar das condições gerais item estabelecendo a forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais.	Art. 42. Os seguros que prevejam alteração de taxa, seja por reenquadramento etário ou outro critério objetivo, deverão estabelecer, de forma clara, nas condições contratuais e na nota técnica atuarial, os respectivos critérios de alteração.	Adaptação do art. 69 da Circular Susep nº 302/2005 e incorporação do art. 12 da Circular Susep nº 317/2006 para tratamento conjunto dos planos individuais e coletivos e menção a outros eventuais critérios de alteração de taxa não relacionados à idade do segurado.
<i>Circular SUSEP nº 317/2006</i> Art. 12 Parágrafo único. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais e ser disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.	Parágrafo único. A forma como os prêmios e/ou capitais segurados serão reajustados em virtude da alteração de que trata o caput , incluindo valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais, no caso de planos individuais, e do contrato coletivo, no caso de planos coletivos, e ser disponibilizados aos proponentes quando da contratação ou adesão ao seguro.	Incorporação do parágrafo único do art. 12 da Circular Susep nº 317/2006 para tratamento conjunto dos planos individuais e coletivos, considerando as alterações efetuadas no caput. Quando houver previsão de alteração do prêmios em função de fatores apurados a posteriori, tais como o nível de atividades físicas que o segurado pratica, poderão ser indicadas as faixas que relacionem tais fatores aos valores/percentuais de aumento do prêmio.
Art. 46 § 4º Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir: TABELA § 5º Para percentuais não previstos no § 4º deste artigo, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.	Art. 43. No caso de fracionamento do prêmio único, configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado de forma proporcional ao prêmio efetivamente pago.	Deslocamento do §4º e §5º do art. 46 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com alteração de redação em alinhamento com o art. 36 da Circular Susep nº 621/2021, para viabilizar maior flexibilidade na estruturação dos planos de seguro, com exclusão de referência à tabela de prazo curto.
	§ 1º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no caput para o caso de falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, desde que leve em consideração o prêmio já pago.	Inclusão de parágrafo, em alinhamento com §1º do art. 36 da Circular Susep nº 621/2021, prevendo a possibilidade de estabelecimento de critério diferente do proporcional previsto no caput, para viabilizar maior flexibilidade e variedade de estruturação de produtos.
Art. 46 § 6º A sociedade seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do § 4º deste artigo.	§ 2º A sociedade seguradora deverá informar tempestivamente ao segurado ou ao seu representante legal, por qualquer meio que se possa comprovar, observadas as formas previstas na regulamentação em vigor, as alterações ocorridas no contrato em função da falta de pagamento do prêmio, observado o critério previamente definido nas condições contratuais.	Deslocamento do §6º do art. 46 da Circular Susep nº 302/2005 para melhor organização normativa, com ajuste redacional em alinhamento com o §2º do art. 36 da Circular Susep nº 621/2021 e em função do disposto no caput e no § 1º.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>Art. 47. Deverão constar da proposta de contratação, no caso de planos individuais, ou da proposta de adesão, no caso de planos coletivos, e da respectiva apólice, além das informações previstas nas normas em vigor, os valores, em moeda corrente nacional, do prêmio à vista, e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos.</p> <p><i>Resolução CNSP nº 117/2004</i></p> <p>Art. 57. As propostas deverão discriminar a forma e o critério de custeio de cada cobertura.</p> <p>Parágrafo único. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, nos planos individuais, e na proposta de adesão, nos planos coletivos.</p>	<p>Art. 44. Os valores dos prêmios e dos capitais segurados, discriminados por cobertura, além da forma e da periodicidade de pagamento dos prêmios, deverão ser estabelecidos na proposta de contratação, no caso de planos individuais, e na proposta de adesão, no caso de planos coletivos.</p>	<p>Consolidação do art. 47 da Circular Susep nº 302/2005 com art. 57 da Resolução CNSP nº 117/2004, com simplificação redacional e foco nas informações das propostas. As informações mínimas de apólice são tratadas em normativo específico.</p>
<p>Art. 51</p> <p>Parágrafo único. Nos casos previstos no art. 46 desta Circular, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.</p>	<p>Art. 45. No caso de fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio poderão ser deduzidas do valor da indenização, excluídos os juros do fracionamento.</p>	<p>Adaptação do parágrafo único do art. 51 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste redacional em alinhamento com o art. 37 da Circular Susep nº 621/2021.</p>
<p><i>Resolução CNSP nº 117/2004</i></p> <p>Art. 41</p> <p>Parágrafo único. É facultado à sociedade seguradora estabelecer nas condições gerais período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado para resgates, observada a regulação vigente.</p>	<p>Art. 46. Deverão constar das condições contratuais os critérios para concessão de resgate e portabilidade, incluindo eventual período de carência em que não serão aceitas solicitações do segurado, observada a regulação vigente.</p>	<p>Inclusão de artigo para dispor que as condições contratuais deverão prever cláusulas disciplinando resgate e portabilidade, com incorporação do parágrafo único do art. 41 da Resolução CNSP nº 117/2004 no que se refere ao período de carência.</p>
<p><i>Circular Susep nº 418/2011</i></p> <p>Art. 11. O pagamento deve ser efetuado em cheque cruzado, intransferível, crédito em conta corrente, documento de ordem de crédito – DOC ou transferência eletrônica disponível – TED, até o quinto dia subsequente às respectivas datas determinadas pelo participante.</p>	<p>§ 1º O pagamento do resgate deve ser efetuado por meio de transferência para conta de depósito, à vista ou poupança, ou conta de pagamento pré paga, até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado na sociedade seguradora ou à data por ele programada para a efetivação do resgate.</p>	<p>Inclusão de dispositivo disciplinando formas e prazo de pagamento de resgate, em linha com a regulamentação de planos de risco de previdência complementar aberta (art. 11 da Circular Susep nº 418/2011). Foram previstas formas de pagamento passíveis de rastreamento pelo sistema bancário.</p>
<p><i>Circular Susep nº 418/2011</i></p> <p>Art. 18. A EAPC cedente dos recursos deverá efetivar a portabilidade até o quinto dia subsequente às respectivas datas determinadas pelo participante</p>	<p>§ 2º A sociedade seguradora cedente dos recursos deverá efetivar a portabilidade até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou à data por ele programada para a efetivação da portabilidade.</p>	<p>Inclusão de dispositivo disciplinando prazo de efetivação de portabilidade, em linha com a regulamentação de planos de risco de previdência complementar aberta (art. 18 da Circular Susep nº 418/2011).</p>
<p>Seção XI</p> <p>Da Liquidação de Sinistros</p>	<p>Comunicação, regulação e liquidação de sinistros</p>	
<p>Art. 72. Deverão ser informados os procedimentos para liquidação de sinistros, com especificação dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada tipo de cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.</p>	<p>Art. 47. Deverão ser informados os procedimentos para comunicação, regulação e liquidação de sinistros, incluindo a listagem dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.</p>	<p>Ajuste redacional em alinhamento do art. 41 da Circular Susep nº 621/2021.</p>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 72 § 1º Deverá ser estabelecido prazo para pagamento das indenizações, limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no caput deste artigo, ressalvado o disposto no § 2º deste artigo.	Art. 48. Deverá ser estabelecido prazo para a liquidação dos sinistros, limitado a trinta dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no art. 47.	Ajuste redacional.
Art. 72 § 2º Deverá ser estabelecido que no caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, na forma prevista no caput deste artigo, o prazo de que trata o parágrafo anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.	§ 1º Deverá ser estabelecido que, no caso de solicitação de documentação complementar, na forma prevista no art. 47, o prazo de que trata o caput será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.	Ajuste redacional.
Art. 72 § 3º Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto no § 1º e no § 2º deste artigo, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.	§ 2º Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto no caput implicará aplicação de juros de mora a partir daquela data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.	Ajuste redacional.
Art. 74. É vedada a inclusão de cláusula nas condições contratuais que disponha sobre a fixação de prazo máximo para a comunicação de sinistro. Art. 33. Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.	Art. 49. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto no art. 48.	Dispositivo incluído em alinhamento com o art. 46 da Circular Susep nº 621/2021, para reforçar a necessidade de comunicação ao segurado sobre a recusa do pagamento da indenização, devidamente justificada.
Art. 33 § 1º Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:	Art. 50. É vedada a inclusão de cláusula que fixe prazo máximo para a comunicação de sinistro.	Ajuste redacional, em alinhamento com o art. 42 da Circular Susep nº 621/2021.
I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente; II – para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;	I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente; e II – para a cobertura de invalidez não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica.	Sem alteração. Sem alteração.
Art. 75 Parágrafo único. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.	Art. 52. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à conclusão de inquérito policial.	Manutenção do dispositivo, com ajuste redacional, admitindo que possam ser solicitados documentos relacionados ao inquérito policial. Entretanto, é mantida a vedação de condicionamento do pagamento à sua conclusão.
Art. 58. As condições gerais deverão prever que os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.	Art. 53. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, deverão ser aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa.	Alteração da redação para simplificação de procedimentos, em alinhamento ao art. 45 da Circular Susep nº 621/2021.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 7º O resarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.	Art. 54. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.	Ajuste redacional.
Resolução 315/2014 Art. 16 Parágrafo único. Alternativamente ao disposto neste artigo, desde que previsto nas condições gerais e solicitado pelo segurado ou o beneficiário, o reembolso ou o pagamento de indenizações relacionadas a despesas efetuadas no exterior poderá ser liquidado em moeda estrangeira, se na data efetiva da liquidação o segurado ou o beneficiário ainda se encontrar no exterior.	Art. 55. Alternativamente ao disposto no art. 54, desde que previsto nas condições contratuais e solicitado pelo segurado ou beneficiário, o reembolso ou o pagamento de indenizações relacionadas a despesas efetuadas no exterior poderá ser liquidado em moeda estrangeira.	Incorporação da redação do art. 16 da Resolução CNSP nº 315/20124, com adaptação, para promover maior flexibilidade na forma de liquidação do sinistro sob a forma de reembolso de despesas, desde que acordado entre as partes.
Seção XII <i>Da Reintegração</i> Art. 77. Deverá ser especificado que no caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.	Reintegração Art. 56. Deverá ser incluída cláusula que especifique se o capital segurado poderá ser reintegrado após pagamento de indenização.	Alteração para redação que abrange maior variedade de coberturas, não somente invalidez parcial, em alinhamento com o art. 48 da Circular Susep nº 621/2021.
	Parágrafo único. A reintegração poderá ser facultativa, mediante eventual cobrança de prêmio adicional, ou automática.	Inclusão de dispositivo prevendo as formas de reintegração possíveis, em alinhamento com o art. 48 da Circular Susep nº 621/2021.
Seção XIII <i>Da Perda de Direitos</i> Art. 78. Deverá constar das condições gerais dispositivo específico prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.	Perda de direitos Art. 57. Deverá constar das condições contratuais cláusula específica prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.	Ajuste redacional.
Art. 79. Deverá constar das condições gerais e da proposta que se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.	Art. 58. Deverá constar das condições contratuais e da proposta que, se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.	Artigo mantido, com ajuste redacional em alinhamento com o art. 766 do Código Civil. Art. 766. Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.
Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:	Parágrafo único. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora deverá:	Parágrafo único mantido, com mero ajuste redacional nos incisos.
I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:	I - na hipótese de não ocorrência de sinistro:	Vide justificativa anterior.
a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou	a) cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou	Vide justificativa anterior.
b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.	b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.	Vide justificativa anterior.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:</i> <i>a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou</i>	<i>II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou</i>	Vide justificativa anterior.
<i>b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.</i>	<i>b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.</i>	Vide justificativa anterior.
<i>III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.</i>	<i>III - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.</i>	Vide justificativa anterior.
<i>Art. 80. Deverá constar das condições gerais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.</i>	<i>Art. 59. Deverá constar das condições contratuais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela sociedade seguradora, que silenciou de má-fé.</i>	Alteração de redação em alinhamento com o art. 769 do Código Civil. <i>Art. 769. O segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.</i>
<i>Art. 80 § 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.</i>	<i>§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal: I - cancelar o seguro; II - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou III - cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.</i>	Ajuste redacional e separação em incisos para deixar o dispositivo mais claro.
<i>Art. 80 § 2º O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.</i>	<i>§ 2º O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.</i>	Dispositivo mantido, sem alteração.
CAPÍTULO VI DOS BENEFICIÁRIOS	Beneficiários	
<i>Art. 88. Deverá ser incluída cláusula específica sobre o(s) beneficiário(s) do seguro.</i>	<i>Art. 60. Deverá ser incluída cláusula específica sobre os beneficiários do seguro.</i>	Dispositivo mantido, sem alteração.
<i>Parágrafo único. Deverá ser definido que, na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.</i>	<i>Parágrafo único. Deverá ser definido que, na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.</i>	Dispositivo mantido, sem alteração.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Resolução nº CNSP 352/2017 Art.8º Os beneficiários do seguro de que trata esta Resolução serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do segurado.</i>	Art. 61. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.	Incorporação do art. 8º da Resolução CNSP nº 352/2017, o qual é válido para todas as coberturas quando a indenização é paga sob a forma de reembolso de despesas.
<i>Art. 83. Deverão ser estabelecidos nas condições gerais critérios objetivos para a suspensão e a reabilitação de coberturas, quando for o caso.</i>	Elementos adicionais Art. 62. Deverão ser estabelecidos critérios objetivos para o cancelamento, a cessação, a suspensão e a reabilitação de coberturas, quando for o caso.	Artigo mantido com ajuste redacional para inclusão dos casos de cancelamento e cessação de coberturas, em alinhamento com o art. 53 da Circular Susep nº 621/2021.
<i>Art. 87. Deverão ser estabelecidos critérios para a resilição contratual.</i>	Art. 63. Deverá ser incluída cláusula de rescisão contratual.	Artigo mantido com ajuste redacional para utilização de termo mais apropriado.
<i>Art. 87. ... Parágrafo único. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições: I– a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.</i>	§ 1º No caso de rescisão do contrato, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido a parte proporcional ao tempo decorrido.	Consolidação do parágrafo único do art. 87 da Circular Susep nº 302/2005 e seu inciso I, com simplificação redacional.
<i>Art. 87 Parágrafo único. (...) II– quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 desta Circular.</i>	§ 2º As condições contratuais poderão estabelecer critério diverso do previsto no §1º deste artigo em caso de rescisão por iniciativa do segurado, desde que leve em consideração o prêmio já pago.	Alteração do inciso II do parágrafo único do art. 87 da Circular Susep nº 302/2005, considerando a extinção da tabela de prazo curto e o disposto no art. 44 da minuta.
<i>Circular SUSEP nº 317/2006 Art. 8º Deverá ser estabelecido nas condições gerais que qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.</i>	Art. 64. Deverá ser estabelecido nas condições contratuais que qualquer modificação da apólice coletiva em vigor que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.	Incorporação do art. 8º da Circular Susep nº 317/2006.
<i>Art. 81. Deverá ser estabelecido nas condições gerais que as questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.</i>	Art. 65. Deverá ser estabelecido que as questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.	Deslocamento do art. 88 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste redacional.
	Art. 66. Em caso de inclusão de cláusula dispondo sobre violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, deverá ser observado que as situações de perda de direitos, riscos excluídos ou suspensão do pagamento da indenização, quaisquer que sejam, inclusive quando decorrentes de embargos e sanções aplicados por organismos internacionais, devem estar descritas de forma clara e objetiva, em destaque, não podendo conter referências genéricas.	Incorporação de um trecho da Carta Circular Eletrônica nº 5/2019/SUSEP/DIR2, a qual permanecerá em vigor por trazer esclarecimentos adicionais.
CAPÍTULO XII DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NA NOTA TÉCNICA ATUARIAL	CAPÍTULO III NOTA TÉCNICA ATUARIAL	
<i>Art. 93. A nota técnica atuarial deverá manter perfeita relação com as condições gerais e especiais e conter os seguintes elementos mínimos:</i>	Art. 67. A nota técnica atuarial do plano de seguro, elaborada por atuário, deve conter sua estruturação técnica e manter estreita relação com as condições contratuais.	Deslocamento do art. 93 da Circular Susep nº 302/2005, sendo excluída, entretanto, a previsão dos elementos mínimos que devem estar contidos na NTA.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
	<p>§1º Para os planos de seguro que contenham exclusivamente coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição simples, a nota técnica atuarial do plano deverá ser mantida sob guarda da sociedade seguradora, com o devido controle de versionamento em caso de alterações, e apresentada à Susep quando solicitado ou quando previsto em regulamentação específica.</p>	<p>Dispositivo incluído para prever alteração da dinâmica de encaminhamento da NTA para a Susep, que passa a ser exigida previamente à comercialização apenas em casos específicos, conforme parágrafo seguinte, em alinhamento com o art. 12 da Circular Susep nº 621/2021. Importante notar que, no caso dos planos que contenham somente coberturas estruturadas no regime financeiro de repartição simples, a dispensa se refere somente ao registro do documento na Susep, estando mantida a necessidade de elaboração e guarda do documento pela seguradora, que deverá apresentar o documento à Susep sempre que solicitado.</p> <p>Foi incluída menção a controle de versionamento em caso de alterações, conforme tratado nos normativos de Sandbox Regulatório.</p>
	<p>§2º Para os planos de seguro com coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização e/ou de repartição de capitais de cobertura, a nota técnica atuarial do plano será submetida à Susep em conjunto com as condições contratuais, na forma prevista no art. 2º, devendo conter, além do disposto no caput, a formulação dos prêmios e das provisões matemáticas, incluindo os parâmetros necessários para efetivação dos respectivos cálculos.</p>	<p>Dispositivo incluído para prever que a nota técnica atuarial dos planos de seguro com coberturas estruturadas no regime financeiro de capitalização e/ou de repartição de capitais de cobertura é de envio obrigatório, devendo ser apresentados todos os parâmetros que possibilitem o cálculo dos prêmios e provisões matemáticas, tais como a tábua biométrica, a taxa de juros, o índice de atualização e o carregamento.</p>
<p><i>Circular Susep nº 581/2018</i> <i>Art. 4º Ainda que a tábua biométrica preveja atualização periódica, os planos de risco deverão utilizar, para fins de cálculo do valor dos prêmios e contribuições, a versão da tábua apresentada na Nota Técnica Atuarial durante todo o ciclo de vida do produto, de modo que a publicação e aprovação de versão atualizada da tábua não implicará qualquer alteração automática nos produtos já registrados</i></p>	<p>Art. 68. Caso seja adotada no plano tábua biométrica com atualização periódica, deverá ser utilizada, para fins de cálculo do valor dos prêmios, a versão da tábua apresentada na nota técnica atuarial durante todo o ciclo de vida do produto, independente da ocorrência de eventual atualização da tábua em momento posterior ao do registro do produto.</p>	<p>Incorporação do art. 4º da Circular Susep nº 581/2018, com ajuste redacional para adequação somente ao universo de planos de seguros de pessoas. A Circular Susep nº 581/2018 será revogada apenas após a revisão e consolidação dos normativos relativos a seguros de pessoas e previdência complementar aberta.</p>
<p><i>§1º A sociedade seguradora ou entidade aberta de previdência complementar, caso tenha interesse na comercialização de produtos cuja tarifação se baseie na versão atualizada da tábua, deverá promover a alteração do produto já registrado ou o registro de novo produto.</i></p>	<p>§1º Caso tenha interesse na comercialização de produtos cuja tarifação se baseie na versão atualizada da tábua, a sociedade seguradora deverá promover a alteração do produto já registrado ou o registro de novo plano.</p>	<p>Incorporação do §1º do art. 4º da Circular Susep nº 581/2018, com ajuste redacional.</p>
<p><i>§2º A alteração de produto já registrado, de que trata o parágrafo anterior, será válida:</i> <i>I – no caso de plano de seguro de pessoas, exclusivamente para bilhetes emitidos e apólices emitidas ou renovadas a partir da data em que o respectivo produto alterado for protocolado na SUSEP ou aprovado, conforme o caso;</i> <i>II – no caso de plano de previdência individual, exclusivamente para propostas de inscrição subscritas a partir da data em que o respectivo produto alterado for aprovado; e</i> <i>III – no caso de plano de previdência coletivo, exclusivamente para contratos celebrados a partir da data em que o respectivo produto alterado for aprovado.</i></p>	<p>§ 2º A alteração de produto de que trata o §1º deste artigo deverá observar o disposto no art. 2º.</p>	<p>Dispositivo criado para tratar os impactos da alteração do produto, com remissão ao art. 2º da minuta, que trata de forma geral dos casos de alteração.</p>
<p>Seção X Do Seguro Educacional</p>		

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 23. O seguro educacional visa auxiliar o custeio das despesas com educação do(s) beneficiário(s), em razão da ocorrência dos eventos cobertos.		Tratado no art. 85 da minuta.
§ 1º É vedada a utilização da terminologia "Garantia de Custeio Educacional" na designação do seguro referido no caput, devendo suas condições gerais explicitar, de forma clara, as restrições de cobertura decorrentes da possibilidade de diferenciação nos critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.		Tratado no § 2º do art. 85 da minuta com ajuste redacional.
§ 2º Não se incluem na modalidade educacional os seguros de acidentes pessoais que visem, exclusivamente, à cobertura de acidentes dos educandos durante a permanência no estabelecimento de ensino ou em seu trajeto.		Dispositivo excluído considerando que sua informação já pode ser entendida pela leitura do caput do art. 85 da minuta. Cabe ressaltar que, apesar de o parágrafo não ter sido incorporado na minuta, os seguros de acidentes pessoais que visem, exclusivamente, à cobertura de acidentes dos educandos durante a permanência no estabelecimento de ensino ou em seu trajeto continuam não sendo considerados seguros educacionais.
Art. 24. O seguro educacional deverá conter condições gerais especialmente elaboradas para o produto.		Dispositivo excluído, considerando a flexibilização para estruturação dos produtos trazida pela minuta.
Art. 25. O beneficiário desta modalidade de seguro será sempre o educando, ainda que representado ou assistido, na forma da lei.		Dispositivo excluído, pois a informação já está prevista no caput do art. 85 da minuta.
Art. 26. O plano poderá ser estruturado com quaisquer coberturas de risco de seguro de pessoas.		Tratado no § 1º do art. 85 da minuta.
§ 1º Quando o educando for responsável pelo pagamento das mensalidades escolares, não poderão ser oferecidas coberturas para riscos que impeçam o educando de estudar.		Dispositivo excluído. As questões de suitability e tratamento adequado do cliente estão tratadas de forma mais abrangente na Resolução CNSP nº 382/2020.
§ 2º O pagamento da indenização relativo às coberturas de perda de renda e invalidez temporária fica limitado ao período estabelecido nas condições contratuais, havendo reintegração do capital segurado após o retorno às atividades laborativas, no caso de perda de renda, ou após alta médica definitiva, no caso de invalidez temporária.		Dispositivo excluído para viabilizar a estruturação e oferta de produtos mais flexíveis e diversos.
Art. 27. O capital segurado deve ser estabelecido para auxiliar o pagamento das mensalidades e, opcionalmente ou adicionalmente, de outras despesas escolares, facultando-se, ainda, o estabelecimento de um valor a ser pago ao final do 2º ou 3º grau como apoio e incentivo à iniciação profissional.		Dispositivo excluído uma vez que a questão da possibilidade de inclusão de outras despesas escolares está suficientemente tratada no caput do art. 85 da minuta.
Art. 28. O pagamento da indenização poderá ser contratado de forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual.		Dispositivo excluído para viabilizar a estruturação e oferta de produtos mais flexíveis e diversos.
§ 1º É vedado o pagamento de indenização de forma única, excetuando-se os seguintes casos: I – quando o capital segurado se restrinja ao último ano letivo do período contratado;		Dispositivo excluído para viabilizar a estruturação e oferta de produtos mais flexíveis e diversos.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
II – quando o pagamento da indenização se refira: a)à invalidez do educando; b)à concessão de um dote ao final do período de formação; c)às despesas escolares do ano de referência.		
§ 2º Faculta-se a previsão contratual de suspensão do pagamento da indenização decorrente de descontinuidade dos estudos, sem perda de direito dos valores indenizáveis e de sua respectiva atualização monetária, uma vez caracterizado o evento coberto.		Dispositivo excluído para viabilizar a estruturação e oferta de produtos mais flexíveis e diversos.
Art. 29. O pagamento periódico da indenização referente exclusivamente às mensalidades escolares pode ser realizado diretamente ao estabelecimento de ensino, desde que haja prévia anuênciam do responsável pelo educando, ou deste último quando maior, a ser firmada periodicamente.		Tratado no art. 86 da minuta.
Parágrafo único. A periodicidade do pagamento da indenização e da anuênciam a que se refere o caput deve ser, no máximo, semestral.		Dispositivo excluído para viabilizar a estruturação e oferta de produtos mais flexíveis e diversos.
Seção XI Do Seguro de Viagem		
Art. 30. O seguro de viagem tem por objetivo garantir aos segurados, durante período de viagem previamente determinado, o pagamento de indenização quando da ocorrência de riscos previstos e cobertos, nos termos das condições gerais e especiais contratadas.		Tratado no art. 87 da minuta.
§ 1º O seguro de que trata o caput deste artigo deverá oferecer, no mínimo, as coberturas básicas de morte acidental e/ou invalidez permanente total ou parcial por acidente.		O tratamento de cobertura obrigatória foi inserido no § 1º do art. 88 da minuta.
§2º Outras coberturas poderão ser oferecidas, desde que as mesmas estejam relacionadas com viagem.		Dispositivo excluído pois tal previsão pode ser depreendida pela leitura do art. 87 da minuta.
CAPÍTULO III DA ACEITAÇÃO DOS RISCOS		
Art. 31. É vedada a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.		Tema tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
§ 1º É facultado à sociedade seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.		Dispositivo excluído, considerando ser uma faculdade para a seguradora, que permanece tendo a possibilidade de solicitar a informação da existência de outros seguros aos proponentes, na contratação, ou aos segurados, na solicitação de aumento de capital.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 2º Observado o disposto no § 1º deste artigo, é vedado o estabelecimento de cláusula obrigando o segurado a comunicar à sociedade seguradora a contratação posterior de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.		Não há necessidade de manutenção do dispositivo tendo em vista que o art. 5º da minuta já prevê que não pode haver cláusulas abusivas nas condições contratuais. Considerando que não existe concorrência de apólices em seguros de pessoas, exceto para reembolso de despesas, e que o capital segurado é livremente estabelecido, a obrigatoriedade de comunicação de contratação de outro seguro posteriormente seria considerada abusiva, exceto quando o risco estiver sujeito a nova subscrição, ou seja, na contratação do seguro ou na solicitação de aumento do capital segurado.
Art. 32. A rejeição de proponente pela razão única de ser portador de deficiência configurará discriminação e será, por consequência, passível de punição nos termos da regulamentação específica.		Tema tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
CAPÍTULO IV DO CAPITAL SEGURADO		
Art. 33. Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.		As definições referentes a conceitos cuja própria denominação dispensa maiores explicações, ou que sejam comuns a demais segmentos do mercado supervisionado pela Susep, ou que estejam definidos em outros normativos específicos estão sendo retiradas dos normativos específicos de produtos. Futuramente, será avaliada a criação de um glossário com todos os termos técnicos que compõem o universo dos mercados supervisionados pela Susep.
§ 1º Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:		Tratado no parágrafo único do art. 51 da minuta.
I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;		Tratado no parágrafo único do art. 51 da minuta.
II – para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;		Tratado no parágrafo único do art. 51 da minuta.
III – para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais, ressalvado o disposto nos incisos I e II deste artigo;		Dispositivo excluído, pois verificou-se a necessidade de fixação da data de caracterização do evento somente nos casos previstos nos incisos I e II do parágrafo único do art. 51 da minuta, devendo ser observado que as condições contratuais deverão fixar a data para cada cobertura do plano.
§ 2º Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.		Dispositivo excluído, considerando que nos seguros de pessoas o capital segurado é livremente estipulado. Cabe ressaltar que permanece a faculdade de estabelecimento de capital segurado em classes, nos planos coletivos, ainda que tenha sido feita a opção de não aproveitamento do dispositivo na minuta.
§ 3º A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.		Dispositivo excluído. Uma vez firmado o contrato, a seguradora se compromete a honrar o capital segurado contratado, ainda que não tenha observado os requisitos prudenciais necessários. Não se verifica a necessidade de previsão expressa de que os contratos firmados devem ser cumpridos pelas partes. As questões de descumprimento de regras prudenciais são tratadas em regulamentação específica.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>§ 4º Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.</p>		<p>Dispositivo excluído, uma vez que o caso em questão deve ser considerado e tratado no âmbito das demais alterações contratuais. Caso a redução do capital segurado não seja de iniciativa do segurado, este deverá anuir com a alteração. No caso de seguros coletivos, deverá ser observada a anuência de 3/4 do grupo segurado para alterações que impliquem ônus ou dever.</p>
<p>CAPÍTULO V DAS CLÁUSULAS SUPLEMENTARES</p>		
<p>Art. 34. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados principais, que pode ser feita das seguintes formas:</p>		<p>A questão da inclusão de segurados dependentes foi tratada de forma mais simplificada no art. 75 da minuta.</p>
<p>I – automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais; e</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>II – facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados principais que assim o autorizem.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>§ 1º Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>§ 2º O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas condições especiais.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>Art. 35. A cláusula suplementar de inclusão de filhos define a inclusão, no seguro, dos filhos do segurado principal e/ou do cônjuge segurado pela cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, que, observado o disposto no art. 8º, pode ser feita das seguintes formas:</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>I – automática: quando abranger os filhos de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados; e</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>II – facultativa: quando abranger os filhos dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizem.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>§ 1º Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>§ 2º Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito da cláusula.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>
<p>§ 3º O capital segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas condições especiais.</p>		<p>Vide justificativa anterior.</p>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 36. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.		Não há necessidade de manutenção do dispositivo, visto que deve ser sempre observado o que dispõe o art. 792 do Código Civil no caso de eventual não prevalência da indicação de beneficiários.
CAPÍTULO VI DOS BENEFICIÁRIOS (Capítulo alterado pela Circular SUSEP nº 516/2015)		
Art. 37. São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.		As definições referentes a conceitos cuja própria denominação dispensa maiores explicações, ou que sejam comuns a demais segmentos do mercado supervisionado pela Susep, ou que estejam definidos em outros normativos específicos estão sendo retiradas dos normativos específicos de produtos. Futuramente, será avaliada a criação de um glossário com todos os termos técnicos que compõem o universo dos mercados supervisionados pela Susep.
§ 1º Nos seguros prestamistas, cujo objetivo é garantir a quitação ou amortização de dívida contraída ou atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é o credor, devendo a diferença entre o saldo da dívida ou o compromisso assumido e o capital segurado, quando for o caso, ser paga ao segundo beneficiário.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
§ 2º 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.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
CAPÍTULO VII DA CESSAÇÃO DA COBERTURA		
Art. 38. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.		Dispositivo excluído, pois o conteúdo do art. 29 da minuta já endereça a questão de maneira adequada.
Art. 39. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.		Dispositivo excluído, pois já previsto no art. 762 do Código Civil.
Parágrafo único. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no caput deste artigo aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.		Vide justificativa anterior.
Art. 40. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:		O caput do dispositivo foi excluído, considerando a dificuldade de prever todas as diversas situações que podem dar causa à cessação de cobertura. O disposto nos incisos foi tratado conforme indicado abaixo.
I – com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; e		O tema será tratado no normativo específico que dispõe sobre estipulação de seguros coletivos.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
II – quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.		Tratado nos arts. 37 e 62 da minuta.
Parágrafo único. Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições gerais e/ou especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa: I – se for cancelada a respectiva cláusula suplementar; II – com o cancelamento do seguro do segurado principal; III – com a morte do segurado principal; IV – no caso de cessação da condição de dependente; e V – a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.		Tratado de forma simplificada no art. 75 da minuta.
CAPÍTULO VIII DO CANCELAMENTO E DA REABILITAÇÃO		
Art. 41. O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.		Tratado no art. 37 da minuta.
Art. 42. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do segurado ou do estipulante deverá ser adotada uma das seguintes hipóteses pelas sociedades seguradoras:		Tratado no art. 38 da minuta.
I– cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s); ou II– não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.		
§1º O prazo de tolerância e/ou suspensão de que tratam, respectivamente, os incisos I e II deste artigo deverão ser especificados nas condições gerais do plano.		
§2º O disposto neste artigo não se aplica aos casos previstos no art. 46 desta Circular.		
Art. 43. As condições gerais poderão prever a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.		Tratado no art. 39 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Parágrafo único. No caso de seguros com cobrança de prêmio posticipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.		
Art. 44. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes.		Tratado art. 63 da minuta.
	CAPÍTULO IV DISPOSIÇÕES ESPECÍFICAS	
Art. 5º <i>Parágrafo único. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam as Seções III, IV e V deste Capítulo.</i>	Invalidez Art. 69. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Deslocamento do parágrafo único do art. 5º da Circular Susep nº 302/2005, previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez com alteração de redação, considerando as alterações efetuadas na minuta no permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições que se refere às coberturas de invalidez.	
Art. 11. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.	Art. 70. Para cobertura de invalidez permanente por acidente que garanta o pagamento de indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, estruturada de formas diversas. O regramento previsto no artigo da minuta se causada por acidente pessoal coberto, deverão ser previstos nas condições contratuais:	Deslocamento do art. 11 da Circular Susep nº 302/2005, com alteração de redação, considerando que a cobertura de invalidez por acidente pode ser estruturada de formas diversas. O regramento previsto no artigo da minuta se aplica aos casos em que o modelo de escopo da cobertura for o mesmo do estabelecido no caput.
Art. 12. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas condições gerais e/ou especiais do seguro.	I - critérios objetivos para apuração do valor da indenização;	Flexibilização da redação prevista no caput do art. 12 da Circular Susep nº 302/2005, devendo ser observado que as condições contratuais devem definir critérios objetivos para apuração do valor da indenização.
§ 1º Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.	II - critérios para apuração do valor da indenização por perda parcial no caso de não estarem abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado;	Flexibilização da redação prevista no § 1º do art. 12 da Circular Susep nº 302/2005, devendo ser observado que as condições contratuais devem definir critérios para apuração do valor da indenização por perda parcial.
§ 2º Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.	III - critérios para apuração do valor da indenização no caso da falta de indicação exata do grau de redução funcional;	Flexibilização da redação prevista no § 2º do art. 12 da Circular Susep nº 302/2005, devendo ser observado que as condições contratuais devem definir critérios para apuração do valor da indenização no caso da falta de indicação exata do grau de redução funcional;
§ 4º Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).	IV - critérios para apuração do valor da indenização quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão;	Flexibilização da redação prevista no § 3º do art. 12 da Circular Susep nº 302/2005, devendo ser observado que as condições contratuais devem definir critérios para apuração do valor da indenização quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão.
Seção IX <i>Da Cobertura de Doenças Graves</i>	Doenças graves e doença terminal	
Art. 22. A cobertura de doenças graves garante o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas nas condições gerais e/ou especiais do plano de seguro, sendo vedada a estipulação de critérios de cálculo do capital segurado com base nas despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.	Art. 71. Quando do oferecimento de coberturas de doenças graves ou de doença terminal é vedada a vinculação do valor da indenização a despesas médicas e/ou hospitalares incorridas pelo segurado para o tratamento da doença.	Deslocamento do art. 22 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste redacional e menção expressa à doenças terminais.
Seção VII <i>Da Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas</i>	Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas	

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>Art. 20. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.</p>	<p>Art. 72. É admitida a estruturação de cobertura que garanta o reembolso de despesas ou a prestação de serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos desde que decorrentes de acidente pessoal coberto.</p>	<p>Deslocamento do art. 20 da Circular Susep nº 302/2005, com simplificação da redação, sendo mantida a restrição de que a cobertura somente pode ser estruturada para garantir o reembolso de despesas decorrentes de acidente pessoal coberto.</p>
<p>Seção VIII <i>Da Cobertura de Diária por Internação Hospitalar</i></p> <p>Art. 21. A cobertura de diária por internação hospitalar garante o pagamento de indenização proporcional ao período de internação do segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e/ou especiais.</p>	<p>Internação hospitalar</p> <p>Art. 73. É admitida estruturação de cobertura que garanta o pagamento de indenização em caso de internação hospitalar do segurado, desde que o valor da indenização independa de eventuais despesas médicas e hospitalares decorrentes da internação.</p>	<p>Deslocamento do art. 21 da Circular Susep nº 302/2005, com simplificação da redação, sendo mantida a restrição de que a indenização não deve ser paga em função de eventuais despesas incorridas pelo segurado.</p>
<p>Art. 21 § 2º O valor do capital segurado deverá ser estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado.</p>	<p>Parágrafo único. Observado o disposto no caput, o valor da indenização poderá ser apurado de forma proporcional ao período de internação do segurado.</p>	<p>Flexibilização da redação prevista no § 2º do art. 21 da Circular Susep nº 302/2005, admitindo que possa haver estabelecimento de capital segurado não somente sob a forma de diária.</p>
<p>Art. 104. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de planos de seguros com coberturas distintas daquelas previstas nesta Circular, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como seguro de pessoas.</p>	<p>Disposições comuns</p> <p>Art. 74. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de outras coberturas nos termos dessa Circular, além daquelas expressamente previstas, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como risco de seguro de pessoas.</p>	<p>Deslocamento do art. 104 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste redacional.</p>
<p>Resolução CNSP nº 117/2004 Art.20. Parágrafo único. A adesão ao plano coletivo é facultativa, podendo ser admitidos, como segurados, desde que previsto pelo plano, o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), os filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do componente do grupo, ou outros membros da família.</p> <p>Resolução CNSP nº 352/2017 Art. 13 §2º Deverão ser expressamente definidos nas condições gerais/especiais quais os segurados dependentes, por grau de parentesco, que podem ser incluídos no plano de seguro.</p> <p>Art. 6º No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.</p> <p>§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.</p>	<p>Art. 75. No caso de o plano possibilitar a inclusão de segurados dependentes, as condições contratuais deverão estabelecer os critérios para tal inclusão, possíveis graus de parentesco com segurado principal, as coberturas passíveis de contratação e as situações em que se dará a cessação da cobertura de cada segurado dependente.</p> <p>Art. 76. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade/invalidade do segurado, a sociedade seguradora deverá propor formalmente ao segurado, dentro do prazo de quinze dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.</p> <p>§ 1º A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por três membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.</p>	<p>Inclusão de dispositivo sobre segurados dependentes, elaborado a partir do § 2º do art. 13 da Resolução CNSP nº 352/2017 adaptado e do art. 20 da Resolução CNSP nº 117/2004.</p> <p>Deslocamento do art. 6º da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste de redação.</p>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.	§ 2º Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.	
§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.	§ 3º O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.	
	CAPÍTULO V ASPECTOS ESPECÍFICOS	
<i>Resolução CNSP nº 352/2017</i> <i>Art.2º O seguro funeral tem por objetivo garantir aos beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais.</i>	Seguro Funeral Art. 77. O seguro funeral tem por objetivo garantir aos beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais.	Incorporação do art. 2º da Resolução CNSP nº 352/2017.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 17. A sociedade seguradora, quando da elaboração do plano, deverá optar por uma das modalidades de capital segurado:</i>	Seguro Prestamista Art. 78. No seguro prestamista, o capital segurado poderá ser fixo ou variar de acordo com parâmetros objetivos relacionados à obrigação a que o seguro está atrelado.	Incorporação do art. 17 da Resolução CNSP nº 365/2018, com simplificação da abordagem, com exclusão da fixação das modalidades de capital segurado.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 19. As condições gerais e a nota técnica atuarial deverão prever a forma de apuração do capital segurado considerando a natureza da cobertura e da obrigação a que está atrelada.</i>	§ 1º As condições contratuais deverão dispor sobre os possíveis critérios de estabelecimento do capital segurado, incluindo a forma de apuração do capital segurado caso este não seja fixo.	Incorporação do art. 19 da Resolução CNSP nº 365/2018, com ajuste redacional, considerando a mudança de abordagem citada acima.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 18. A modalidade de capital segurado, bem como sua descrição, deverá constar da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice, do bilhete e do certificado individual.</i>	§ 2º O critério efetivamente aplicável ao seguro contratado deverá constar da proposta de contratação, da proposta de adesão, da apólice, do bilhete e do certificado individual.	Incorporação do art. 18 da Resolução CNSP nº 365/2018, com ajuste redacional, considerando a mudança de abordagem citada acima.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 7º As propostas de contratação e de adesão e os bilhetes de seguro deverão ser documentos próprios, distintos e apartados do instrumento de contratação da obrigação a que o seguro está vinculado</i>	Art. 79. A formalização da contratação do seguro deve se dar por documento próprio e apartado daqueles relacionados à obrigação assumida.	Incorporação do art. 7º da Resolução CNSP nº 365/2018, com ajuste redacional.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 8º A apólice, nos seguros individuais, o bilhete e o certificado individual deverão especificar a obrigação à qual o seguro está vinculado.</i>	Art. 80. A apólice, nos seguros individuais, o bilhete e o certificado individual deverão especificar a obrigação à qual o seguro está vinculado.	Incorporação do art. 8º da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 8º Parágrafo único. Nos seguros coletivos em que, na forma prevista na regulamentação em vigor, não for obrigatória a emissão de certificado individual, a obrigação à qual o seguro prestamista está vinculado deverá estar especificada na apólice.</i>	Parágrafo único. No seguro prestamista empresarial integral, na forma prevista na regulamentação em vigor, a obrigação à qual o seguro prestamista está vinculado deverá estar especificada na apólice.	Incorporação do parágrafo único do art. 8º da Resolução CNSP nº 365/2018 com ajuste de redação para tornar explícito de que se trata do seguro prestamista integral.
	Art. 81. As condições contratuais do seguro prestamista deverão dispor, além de outros elementos mínimos previstos nesta e demais regulamentações aplicáveis:	Dispositivo incluído para tratar sobre itens que deverão necessariamente constar das condições contratuais dos seguros prestamistas, considerando as suas particularidades.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 14. Caso o credor e o devedor repactuem o prazo original do contrato relativo à obrigação, deverá constar de forma clara nas condições gerais que a seguradora deverá ser formalmente comunicada e que:</i>	I - sobre os casos de repactuação do prazo original do contrato relativo à obrigação e de extinção antecipada da obrigação;	Flexibilização da redação prevista no art. 14 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 36. É facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação.</i>	II – que é facultado ao segurado cancelar o seguro a qualquer tempo, ainda que anteriormente à extinção da obrigação;	Incorporação do art. 36 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 10. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta deverá ser preenchida e assinada por cada um destes, nos termos do art. 5º desta Resolução.</i>	III - as regras e critérios para os casos em que haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação;	Flexibilização da redação prevista no art. 10 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 21. Deverá estar definido nas condições contratuais se parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto.</i>	IV - se parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado serão incorporados ao valor do capital segurado e consequentemente à indenização a ser paga ao primeiro beneficiário em caso de sinistro coberto;	Incorporação do art. 21 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 22. Os planos de seguro prestamista estruturados na modalidade de capital segurado fixo deverão conter cláusula de atualização anual dos capitais segurados e dos respectivos prêmios, com base em índice pactuado, nos termos da regulamentação em vigor.</i>	V – que a atualização anual do capital segurado e do respectivo prêmio ocorrerá com base em índice pactuado, nos termos da regulamentação em vigor, para as coberturas estruturadas com capital segurado fixo;	Incorporação do art. 22 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 23. Os planos de seguro prestamista estruturados nas modalidades de capital segurado vinculado e capital segurado variável deverão conter cláusula de recálculo do capital segurado estabelecendo, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores.</i>	VI - o critério de recálculo do capital segurado e, quando for o caso, do respectivo prêmio, incluindo a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, para as coberturas estruturadas com capital segurado variável de acordo com parâmetros objetivos; e	Incorporação do art. 23 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 31. ...</i> <i>§ 1º A diferença entre a parcela da indenização devida ao credor e o capital segurado apurado na data do evento coberto, se houver, deverá ser paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme dispuserem as condições gerais.</i>	VII - que na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado.	Incorporação do § 1º do art. 31 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 27. No caso de o plano prever limite máximo de capital segurado, é vedado que haja cobrança de prêmio com critério de cálculo que tenha como base capital segurado superior a este limite.</i>	Art. 82. No caso de o plano prever limite máximo de capital segurado, é vedado que haja cobrança de prêmio com critério de cálculo que tenha como base capital segurado superior a este limite.	Incorporação do art. 27 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 33. Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.</i>	Art. 83. Se comprovada a protelação injustificada do pagamento da indenização, por meio de sucessivas solicitações de documentos adicionais, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora no cumprimento das obrigações de pagamento do segurado com o credor.	Incorporação do art. 33 da Resolução CNSP nº 365/2018.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Resolução CNSP nº 365/2018</i> <i>Art. 34. Independentemente da modalidade de capital segurado definida, caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.</i>	Art. 84. Independentemente da modalidade de capital segurado definida, caso haja o descumprimento do prazo para liquidação do sinistro, a seguradora deverá arcar com os encargos relacionados à mora do pagamento da obrigação relativos ao período compreendido entre o primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato e a data da efetiva liquidação, sem prejuízo da aplicação de juros, multa e atualização monetária, nos termos da legislação específica.	Incorporação do art. 34 da Resolução CNSP nº 365/2018.
<i>Seção X</i> <i>Do Seguro Educacional</i> <i>Art. 23. O seguro educacional visa auxiliar o custeio das despesas com educação do(s) beneficiário(s), em razão da ocorrência dos eventos cobertos.</i>	Seguro Educacional	
<i>Art. 26. O plano poderá ser estruturado com quaisquer coberturas de risco de seguro de pessoas.</i>	Art. 85. As coberturas do seguro educacional visam auxiliar o custeio das despesas com educação dos beneficiários em razão da ocorrência dos eventos cobertos.	Deslocamento do art. 23 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste de redação.
<i>Art. 23 § 1º É vedada a utilização da terminologia "Garantia de Custeio Educacional" na designação do seguro referido no caput, devendo suas condições gerais explicitar, de forma clara, as restrições de cobertura decorrentes da possibilidade de diferenciação nos critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.</i>	§ 1º As coberturas de que trata o caput poderão estar relacionadas a quaisquer riscos de seguro de pessoas. § 2º As condições contratuais deverão explicitar, de forma clara, as eventuais consequências decorrentes da possibilidade de descasamento entre os critérios de atualização das mensalidades escolares e do capital segurado.	Deslocamento do art. 26 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste de redação. Deslocamento do § 1º do art. 23 da Circular Susep nº 302/2005, com ajuste de redação.
<i>Art. 29. O pagamento periódico da indenização referente exclusivamente às mensalidades escolares pode ser realizado diretamente ao estabelecimento de ensino, desde que haja prévia anuência do responsável pelo educando, ou deste último quando maior, a ser firmada periodicamente.</i>	Art. 86. As condições contratuais deverão estabelecer se a indenização será paga diretamente à instituição de ensino.	Deslocamento do § 1º do art. 23 da Circular Susep nº 302/2005, com abordagem simplificada.
<i>Seção XI</i> <i>Do Seguro de Viagem</i> <i>Resolução CNSP nº 315/2014</i> <i>Art. 2º O seguro viagem tem por objetivo garantir, ao(s) segurado(s) ou seu(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de pagamento do valor contratado ou de reembolso, ou, ainda, de prestação de serviço(s), no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, durante período previamente determinado, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.</i>	Parágrafo único. Nos seguros contributários deverá ser garantida a possibilidade de substituição do estabelecimento de ensino que recebe diretamente a indenização.	Dispositivo inserido para possibilitar ao segurado/beneficiário a substituição do estabelecimento de ensino recebedor da indenização, considerando que o seguro educacional envolve, muitas vezes, o pagamento da indenização por longo período.
	Seguro Viagem	
	Art. 87. O seguro viagem tem por objetivo garantir, aos segurados ou seus beneficiários, uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, no caso da ocorrência de riscos cobertos, desde que relacionados à viagem, nos termos estabelecidos nas condições contratuais.	Incorporação do art. 2º da Resolução CNSP nº 315/2014, com ajuste redacional.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 3º</p> <p>I - Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem nacional (DMHO em viagem nacional) – consiste na indenização, na forma prevista nas condições gerais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem nacional e uma vez constatada a sua saída de sua cidade de domicílio.</p> <p>II - Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas em viagem ao exterior (DMHO em viagem ao exterior) – consiste na indenização, na forma prevista nas condições gerais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem ao exterior e uma vez constatada a sua saída do país de domicílio.</p>	<p>Art. 88. A cobertura de despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas (DMHO) em viagem consiste na indenização, na forma prevista nas condições contratuais e limitada ao valor do capital segurado contratado, das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, ocasionado por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda ocorrida durante o período de viagem.</p>	<p>Incorporação do art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014, com ajuste de redação para tratamento unificado da cobertura para viagem nacional e ao exterior.</p>
<p>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 3º</p> <p>§1º A contratação das coberturas a que se referem os incisos II, III, IV e V é obrigatória para os planos de seguro que cubram viagens ao exterior.</p>	<p>§ 1º Em caso de viagem internacional, o seguro viagem deve estar vinculado ao oferecimento, no mínimo, da cobertura de DMHO em viagem.</p>	<p>Flexibilização do § 1º do art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014, com obrigatoriedade somente do oferecimento da cobertura de DMHO, em caso de viagem ao exterior, possibilitando a estruturação de produtos diversos.</p>
<p>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 3º</p> <p>§3º A cobertura de DMHO em Viagem ao Exterior deverá, obrigatoriamente, cobrir eventos ocorridos durante a viagem ocasionados por acidente pessoal ou enfermidade súbita e aguda, sendo vedada a oferta da cobertura exclusivamente para eventos ocasionados por acidentes pessoais.</p>	<p>§2º É vedada a estruturação de cobertura de DMHO em viagem internacional que cubra exclusivamente eventos ocasionados por acidentes pessoais.</p>	<p>Incorporação do §3º art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014, com ajuste de redação.</p>
<p>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 3º</p> <p>§4º As coberturas de que tratam os incisos I e II deverão cobrir episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura, das despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, não havendo cobertura para a continuidade e o controle de tratamentos anteriores, check-up e extensão de receitas.</p>	<p>§3º A cobertura de DMHO em viagem internacional deve cobrir, até o limite do capital segurado contratado, as despesas relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita continuar viagem ou retornar ao local de sua residência, decorrentes de episódios de crise ocasionados por doença preexistente ou crônica, quando gerar quadro clínico de emergência ou urgência.</p>	<p>Incorporação do § 4º art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014, com ajuste de redação.</p>
	<p>§ 4º Quando a forma de indenização da cobertura de DMHO em viagem internacional se der exclusivamente por meio de rede referenciada, deverá ser garantido ao segurado, em caso de emergência ou urgência, a possibilidade de reembolso de despesas incorridas fora da rede referenciada do plano de seguro relacionadas à estabilização do quadro clínico do segurado que lhe permita a transferência para estabelecimento constante da rede referenciada.</p>	<p>Dispositivo incluído considerando a possibilidade de comercialização de seguros que garantam a indenização exclusivamente por meio de rede referenciada, com o objetivo de evitar que o segurado seja privado do atendimento médico em casos de urgência e emergência, caso esteja distante de estabelecimento conveniado.</p>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<i>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 3º § 5º Para efeito do disposto no parágrafo anterior, considera-se: a) Emergência: situação onde o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e b) Urgência: situação onde o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.</i>	<i>§ 5º Para efeito do disposto neste artigo, considera-se: I - emergência: situação em que o segurado necessita de atendimento imediato, pois existe risco de morte; e II - urgência: situação em que o segurado necessita de atendimento, não caracterizado como de emergência, podendo aguardar o atendimento de casos emergenciais.</i>	<i>Incorporação do § 5º art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014. Incorporação do § 5º art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014. Incorporação do § 5º art. 3º da Resolução CNSP nº 315/2014.</i>
<i>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 18 § 2º Em caso de impossibilidade do retorno do segurado por evento coberto, o prazo de vigência das coberturas se estenderá, automaticamente, até o retorno do segurado ao local de domicílio ou de início da viagem, respeitando o limite do capital segurado contratado.</i>	<i>Art. 89. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação à vigência e às coberturas do seguro, da impossibilidade do retorno do segurado, em razão de evento coberto, ao seu domicílio antes do final de vigência das coberturas contratadas.</i>	<i>Flexibilização do disposto no § 2º do art. 18 da Resolução CNSP nº 315/2014, excluindo a determinação de procedimento único e padronizado para o caso de impossibilidade do retorno do segurado, em razão de evento coberto, ao seu domicílio antes do final de vigência das coberturas contratadas.</i>
<i>Resolução CNSP nº 315/2014 Art. 19. Se o segurado regressar antecipadamente da viagem segurada, fica cancelado o seguro a partir da sua chegada ao local de origem da viagem ou de seu domicílio, conforme o caso, estando cobertos eventuais sinistros ocorridos antes do cancelamento.</i>	<i>Art. 90. As condições contratuais deverão especificar as consequências, em relação ao seguro originalmente contratado, do regresso antecipado do segurado.</i>	<i>Flexibilização do disposto no art. 18 da Resolução CNSP nº 315/2014.</i>
CAPÍTULO X DO PAGAMENTO DOS PRÊMIOS		
<i>Art. 45. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.</i>		<i>Dispositivo excluído pois se trata de uma regra do setor bancário aplicável a todos os pagamentos, não se limitando ao mercado de seguros.</i>
<i>Art. 46. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado deverá constar das condições gerais.</i>		<i>Tratado no art. 43 da minuta.</i>
<i>§ 1º Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.</i>		<i>Tratado no parágrafo único do art. 36 da minuta.</i>
<i>§ 2º Deverá ser garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.</i>		<i>Dispositivo excluído, considerando que já há tratamento a esse respeito no § 2º do art. 52 do Código de Defesa do Consumidor.</i>
<i>§ 3º A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.</i>		<i>Não há necessidade de manutenção do dispositivo, considerando que a forma de pagamento do prêmio deve ser estabelecida de comum acordo entre as partes.</i>
<i>§ 4º Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir: TABELA</i>		<i>Tratado no art. 43 da minuta. A tabela de curto prazo foi excluída, tendo sido estabelecida a proporcionalidade como default. Admite-se, no entanto, o estabelecimento de critério diverso, desde que seja considerado o prêmio já pago.</i>
<i>§ 5º Para percentuais não previstos no § 4º deste artigo, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.</i>		<i>Dispositivo excluído, considerando a exclusão da tabela de prazo curto.</i>
<i>§ 6º A sociedade seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do § 4º deste artigo.</i>		<i>Tratado no § 2º do art. 43 da minuta.</i>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 7º Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.		Não há necessidade de manutenção do dispositivo, visto que o art. 37 e 43 da minuta já estabelecem que as condições contratuais deverão dispor sobre as consequências da falta de pagamento de prêmio.
§ 8º Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.		Vide justificativa anterior.
§ 9º No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.		Dispositivo excluído, considerando as alterações promovidas em relação ao fracionamento do prêmio.
§ 10 Respeitado o disposto neste artigo, quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, deste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:		Dispositivo excluído, com o objetivo de simplificação normativa, considerando as diversas formas possíveis para pagamento do prêmio. Além disso, o art. 37 da minuta já prevê que as condições contratuais deverão dispor sobre as consequências do não pagamento do prêmio, independente da forma de pagamento dos prêmios.
"I – a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e		Vide justificativa anterior.
II – a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmio constante das condições contratuais do seguro."		Vide justificativa anterior.
§ 11 O disposto neste artigo não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.		Dispositivo excluído, uma vez que o prêmio fracionado não se confunde com o prêmio periódico, conforme previsão distinta no art. 36 da minuta.
Art. 47. Deverão constar da proposta de contratação, no caso de planos individuais, ou da proposta de adesão, no caso de planos coletivos, e da respectiva apólice, além das informações previstas nas normas em vigor, os valores, em moeda corrente nacional, do prêmio à vista, e, quando for o caso, do prêmio total fracionado, de cada uma das parcelas, a taxa de juros remuneratórios pactuada, o número de parcelas, sua periodicidade e os juros de mora e/ou outros acréscimos legalmente previstos.		Dispositivo excluído. No caso das informações que devem constar da apólice, há previsão de elementos mínimos na Circular Susep nº 642/2021. No caso das informações da proposta, já há previsão nesse sentido no art. 52 do Código de Defesa ao Consumidor.
Art. 48. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor ou por esta Circular: I– nome do segurado; II– valor do prêmio; III– data de emissão do documento de cobrança; IV– número da apólice e/ou do certificado individual; V– data limite para o pagamento.		Dispositivo excluído, considerando a diversidade de meios possíveis para efetivação do pagamento dos prêmios além do boleto bancário. Além disso, as informações mínimas que devem constar no boleto de cobrança são objeto de normativo específico do Banco Central do Brasil.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 1º A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o caput diretamente ao segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.		Vide justificativa anterior.
§ 2º O disposto neste artigo não se aplica aos planos de seguro custeados integralmente pelo estipulante e aos casos de desconto em folha de pagamento, de débito em conta corrente e de pagamento por meio de cartão de crédito.		Vide justificativa anterior.
Art. 49. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a sociedade seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.		Tratado de forma mais completa no art. 35 da minuta.
Art. 50. O pagamento do prêmio será feito à sociedade seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disponham as condições contratuais.		Dispositivo excluído, considerando as diversas formas possíveis para que se efetue os pagamentos dos prêmios, que deverão ser devidamente registrados, conforme previsto no art. 35 da minuta.
Art. 51. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.		Dispositivo excluído, uma vez que sua aplicabilidade é inequívoca, independente de previsão na regulamentação. Estando o segurado em dia com o pagamento dos prêmios, não há que se falar em perda de direito à indenização por alegação de falta de pagamento.
Parágrafo único. Nos casos previstos no art. 46 desta Circular, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.		Tratado no art. 45 da minuta.
Art. 52. Para os planos de seguro estruturados no regime financeiro de capitalização, deverá constar das condições gerais que a falta de pagamento do prêmio, nos prazos previstos, respeitado o prazo de suspensão, se houver, acarretará alternativamente, conforme se estipular:		Tratado no art. 40 da minuta.
I – a resolução do contrato, com a restituição da provisão já formada;		
II – a redução do valor do capital segurado proporcionalmente ao prêmio pago com manutenção do período de cobertura; ou		
III – a redução do período de cobertura com manutenção do valor do capital segurado.		
CAPÍTULO XI DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO		
Seção I Do Objetivo do Seguro		
Art. 53. O objetivo do seguro deverá estabelecer o compromisso assumido pela sociedade seguradora perante o segurado, quanto às coberturas oferecidas, especificando com clareza quais são os riscos cobertos.		Tratado no art. 13 da minuta.
Seção II Das Definições		

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 54. As condições gerais deverão apresentar a definição dos termos técnicos utilizados nas condições contratuais.		Tratado no art. 15 da minuta.
Seção III Do Âmbito Geográfico		
Art. 55. Deverá constar das condições gerais o âmbito geográfico da(s) cobertura(s) do plano de seguro.		Tratado no art. 16 da minuta.
Seção IV Das Coberturas		
Art. 56. As condições gerais e/ou especiais deverão apresentar as disposições de todas as coberturas incluídas no plano de seguro, com a especificação dos riscos cobertos.		Tratado no art. 17 da minuta.
Parágrafo único. As exclusões específicas relativas a cada cobertura deverão ser inseridas após a descrição dos riscos cobertos.		Tratado no parágrafo único do art. 17 da minuta.
Art. 57. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, a sociedade seguradora deverá especificar se as coberturas poderão ser contratadas isoladamente, observando-se o disposto no art. 4º desta Circular, quando for o caso.		Tratado no art. 20 da minuta.
Art. 58. As condições gerais deverão prever que os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.		Tratado no art. 53 da minuta.
Seção V Dos Riscos Excluídos		
Art. 59. Na relação dos riscos excluídos deverão constar os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.		Não há necessidade de manutenção do dispositivo, em alinhamento com a Circular Susep nº 621/2021, uma vez que já há previsão no art. 762 do Código Civil.
Parágrafo único. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.		Vide justificativa anterior.
Art. 60. Não pode ser estipulada entre as partes cláusula que exclua o suicídio ou sua tentativa, após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.		<p>Dispositivo excluído pois a questão já é tratada com clareza no parágrafo único do art. 798 do Código Civil.</p> <p><i>Art. 798. O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, observado o disposto no parágrafo único do artigo antecedente.</i></p> <p><i>Parágrafo único. Ressalvada a hipótese prevista neste artigo, é nula a cláusula contratual que exclui o pagamento do capital por suicídio do segurado.</i></p>

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 61. É vedada a exclusão de morte ou da incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.		Dispositivo excluído pois a questão já é tratada com clareza no art. 799 do Código Civil. <i>Art. 799. O segurador não pode eximir-se ao pagamento do seguro, ainda que da apólice conste a restrição, se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.</i>
Art. 62. Caso as condições gerais e/ou especiais excluam doença preexistente das coberturas do seguro, esta deverá ser definida como doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.		Tratado no art. 27 da minuta.
Seção VI Da Aceitação e da Renovação		
Art. 63. Deverá constar das condições gerais do seguro cláusula de aceitação do risco, observada regulamentação específica.		Tratado no art. 28 da minuta.
Art. 64. Deverão ser especificados nas condições gerais os procedimentos para renovação da apólice, quando for o caso.		Tratado no art. 30 da minuta.
§1º A renovação automática do seguro só poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.		Tratado no §1º do art. 30 da minuta.
§ 2º Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.		Tratado no §2º do art. 30 da minuta.
Seção VII Da Vigência		
Art. 65. Deverá ser estabelecido o critério de fixação do início e término de vigência da cobertura, nos termos da regulamentação específica.		Tratado no art. 29 da minuta.
Seção VIII Da Atualização e da Alteração de Valores Contratados		
Art. 66. Deverão ser especificados nas condições gerais os critérios de atualização e alteração dos valores contratados, conforme regulamentação específica.		Tratado no art. 33 da minuta.
Seção IX Do Pagamento de Prêmios		
Art. 67. Deverá ser incluída nas condições gerais cláusula disposta sobre o pagamento de prêmio, nos termos da regulamentação específica.		Tratado no art. 34 da minuta.
Art. 68. Caso o plano preveja multa por atraso no pagamento do prêmio, deverá ser informado nas condições gerais a sua forma de cálculo.		Tratado no art. 41 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Art. 69. Quando da estruturação de planos de seguro individuais em que haja alteração de taxa por faixa etária, deverá constar das condições gerais item estabelecendo a forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais.		Tratado no art. 42 da minuta.
Seção X Das Franquias e das Carências		
Art. 70. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências deverão estar fixadas nas condições gerais e/ou especiais, no caso de planos individuais, ou no contrato, no caso de planos coletivos. Parágrafo único. No caso de planos coletivos, as condições gerais e/ou especiais do seguro deverão mencionar a existência de franquia e/ou carência.		Tratado no art. 32 da minuta. Tratado no art. 32 da minuta.
Art. 71. Em caso de morte do segurado durante o prazo de carência, as provisões técnicas deverão ser revertidas aos beneficiários, conforme dispõe a lei civil, nos casos em que for tecnicamente possível.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Seção XI Da Liquidação de Sinistros		
Art. 72. Deverão ser informados os procedimentos para liquidação de sinistros, com especificação dos documentos básicos previstos a serem apresentados para cada tipo de cobertura, facultando-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.		Tratado no art. 47 da minuta.
§ 1º Deverá ser estabelecido prazo para pagamento das indenizações, limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos previstos no <i>caput</i> deste artigo, ressalvado o disposto no § 2º deste artigo.		Tratado no art. 48 da minuta.
§ 2º Deverá ser estabelecido que no caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, na forma prevista no <i>caput</i> deste artigo, o prazo de que trata o parágrafo anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.		Tratado no § 1º do art. 48 da minuta.
§ 3º Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto no § 1º e no § 2º deste artigo, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.		Tratado no § 2º do art. 48 da minuta.
§ 4º O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou de renda, nos termos definidos nesta Circular.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
§ 5º O plano de seguro poderá admitir a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Art. 73. O pagamento da indenização não deve estar condicionado a nenhuma restrição temporal.		Dispositivo excluído, observado que o disposto no art. 50 da minuta já possui redação mais clara e suficiente a respeito da vedação da imposição de prazo máximo para comunicação do sinistro. Já no que se refere aos prazos de prescrição deverá ser observado o disposto no Código Civil.
Art. 74. É vedada a inclusão de cláusula nas condições contratuais que disponha sobre a fixação de prazo máximo para a comunicação de sinistro.		Tratado no art. 50 da minuta.
Art. 75. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização. Parágrafo único. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.		Tratado no art. 52 da minuta.
Art. 76. É considerada abusiva a inclusão nas condições contratuais de cláusulas que disponham sobre: I – a exigência de alvará judicial, como pressuposto para o cumprimento de obrigação pactuada, cabendo à sociedade seguradora verificar somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao beneficiário. II – a exigência de certidão de nascimento atualizada.		O dispositivo foi excluído, considerando que o art. 5º da minuta já prevê que as condições contratuais não podem conter cláusulas abusivas ou que estabeleçam obrigações iníquas. Além disso, seria impraticável listar todos os documentos cuja exigência é abusiva. Desta forma, optou-se pelo tratamento mais abrangente. Deve ser observado, ainda, que a Resolução CNSP nº 382/2020 determina que o ente supervisionado deve garantir que toda a operação relacionada ao sinistro, incluindo o registro do aviso, a
Seção XII Da Reintegração Art. 77. Deverá ser especificado que no caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.		Tratado no art. 56 da minuta.
Seção XIII Da Perda de Direitos Art. 78. Deverá constar das condições gerais dispositivo específico prevendo que o segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.		Tratado no art. 57 da minuta.
Art. 79. Deverá constar das condições gerais e da proposta que se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.		Tratado no art. 58 da minuta.
Parágrafo único. Se a inexactidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:		Tratado no parágrafo único do art. 58 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
<p>I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> a)cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou b)mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada. 		
<p>II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:</p> <ul style="list-style-type: none"> a)cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou b)mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros. 		
<p>III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.</p>		
<p>Art. 80. Deverá constar das condições gerais que o segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.</p>		Tratado no art. 59 da minuta.
<p>§ 1º A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.</p>		Tratado no § 1º do art. 59 da minuta.
<p>§ 2º O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.</p>		Tratado no § 2º do art. 59 da minuta.
<p>Seção XIV Do Foro</p>		
<p>Art. 81. Deverá ser estabelecido nas condições gerais que as questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.</p>		Tratado no art. 65 da minuta.
<p>Parágrafo único. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput deste artigo.</p>		Dispositivo excluído, considerando que não tem aplicabilidade nos seguros de pessoas.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Seção XV Das Informações para Avaliação de Risco Art. 82. As sociedades seguradoras que utilizarem critérios baseados em questionário de avaliação de risco para cálculo dos prêmios deverão fornecer todos os esclarecimentos necessários para o correto preenchimento do questionário, bem como especificar todas as implicações, no caso de informações inverídicas ou omissões devidamente comprovadas.		Tratado no art. 11 da minuta.
Parágrafo único. Fica vedada a negativa do pagamento da indenização ou aplicação de qualquer tipo de penalidade ao segurado ou beneficiário quando relacionada a perguntas que utilizem critério subjetivo para a resposta ou que possuam múltipla interpretação.		Dispositivo excluído, considerando o próprio conteúdo do caput e o disposto no §1º do art. 27 da minuta.
Seção XVI Das Informações Genéricas e Operacionais Art. 83. Deverão ser estabelecidos nas condições gerais critérios objetivos para a suspensão e a reabilitação de cobertura, quando for o caso. Art. 84. Deverão ser estabelecidos critérios objetivos para o cancelamento ou a cessação de coberturas específicas, quando for o caso.		Tratado no art. 62 da minuta. Tratado no art. 62 da minuta.
Art. 85. A cláusula compromissória de arbitragem, quando inserida nas condições contratuais de seguro, deverá obedecer às seguintes disposições: I – estar redigida em negrito e conter a assinatura do segurado, na própria cláusula ou em documento específico, concordando expressamente com a sua aplicação; I – conter as seguintes informações: a)que é faculdade do segurado aderir ou não; b)que ao concordar com a aplicação desta cláusula, o segurado estará se comprometendo a resolver todos os seus litígios com a sociedade seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as sentenças proferidas pelo Poder Judiciário; c)que é regida pela Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996		Dispositivo excluído, considerando que, no que se refere à arbitragem, deve ser observado o que dispõe a Lei nº 9.307/1996.
Art. 86. Além do disposto no art. 85 desta Circular, poderão ser adotados outros meios alternativos para a solução de conflitos decorrentes da celebração de seguros de que trata esta Circular.		Dispositivo excluído, tendo em vista a justificativa acima.
Art. 87. Deverão ser estabelecidos critérios para a resilição contratual. Parágrafo único. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:		Tratado no art. 63 da minuta. Tratado no § 1º do art. 63 da minuta.
I – a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.		

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
II– quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 desta Circular.		
Art. 88. Deverá ser incluída cláusula específica sobre o(s) beneficiário(s) do seguro.		Tratado no art. 60 da minuta.
Parágrafo único. Deverá ser definido que, na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.		Tratado no parágrafo único do art. 60 da minuta.
Art. 89. Não poderá ser incluída cláusula de sub-rogação de direitos.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Art. 90. Deverá ser estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.		Dispositivo excluído, pois o Código Civil determina os prazos prescricionais aplicáveis aos contratos de seguro.
Art. 91. Caso o plano seja estruturado em regime financeiro de repartição, deverá constar das condições gerais que não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Seção XVII Da Taxa de Juros		
Art. 92. Quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.		Excluído, considerando a liberdade que as seguradoras possuem para estruturar seus produtos e que questões relativas à solvência dos entes supervisionados são constantemente supervisionadas pelas unidades competentes da Autarquia.
Parágrafo único. O limite de que trata o <i>caput</i> não se aplica a juros moratórios.		Vide justificativa anterior.
CAPÍTULO XII DOS ELEMENTOS MÍNIMOS OBRIGATÓRIOS NA NOTA TÉCNICA ATUARIAL		
Art. 93. A nota técnica atuarial deverá manter perfeita relação com as condições gerais e especiais e conter os seguintes elementos mínimos: (Artigo alterado pela Circular SUSEP nº 516/2015).		Tratado no art. 67 da minuta.
I – objetivo da nota técnica e as coberturas previstas no plano;		Vide justificativa anterior.
II – definição de todos os parâmetros e variáveis utilizados;		Vide justificativa anterior.
III – especificação dos períodos de carência e franquias, quando couber;		Vide justificativa anterior.
IV – especificação das taxas ou prêmios puros utilizados e/ou tábua biométricas;		Vide justificativa anterior.
V - estatísticas utilizadas para definição das taxas com a especificação do período e da fonte utilizada, bem como demonstrativo de cálculo, quando couber;		Vide justificativa anterior.
VI – especificação do critério técnico adotado, incluindo justificativa para a sua utilização;		Vide justificativa anterior.
VII – critérios de reavaliação de taxas, incluindo formulação e períodos;		Vide justificativa anterior.
VIII – justificativas técnicas para a aplicação de descontos e agravamentos, quando forem previstos, bem como o desconto máximo a ser aplicado.		Vide justificativa anterior.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
IX – os carregamentos que serão utilizados para as despesas administrativas e de comercialização, nos planos individuais, e os seus limites máximos e mínimos, no caso de planos coletivos;		Vide justificativa anterior.
X – especificação das provisões técnicas a serem constituídas;		Vide justificativa anterior.
XI – assinatura do atuário, com seu número de identificação profissional perante o órgão competente.		Vide justificativa anterior.
§ 1º A especificação de diversas tábuas biométricas na nota técnica atuarial implica, obrigatoriamente, na definição clara e objetiva dos parâmetros técnicos para a utilização de cada uma delas.		Vide justificativa anterior.
§ 2º Excepcionalmente, nos produtos individuais comercializados através de representante, os carregamentos utilizados podem ser definidos em limites mínimos e máximos, na nota técnica atuarial.		Vide justificativa anterior.
§ 3º No caso descrito no parágrafo segundo, o carregamento aplicado deverá estar claramente definido no contrato de seguro firmado entre o representante e a seguradora, e deverá ser único para um mesmo representante.		Vide justificativa anterior.
Art. 94. Quando adotadas taxas ou tábuas biométricas que não atendam aos limites previstos no art. 11 da Resolução CNSP No 117, de 22 de dezembro de 2004, a nota técnica atuarial deverá conter, adicionalmente, os seguintes elementos, independentemente de outros que possam ser exigidos pela SUSEP:		Dispositivo excluído considerando a mudança de abordagem em relação à NTA prevista no art. 67 da minuta e que não mais há fixação de limite de mortalidade para coberturas de risco em Resolução.
I – estudo que demonstre a sua adequação e viabilidade técnica, tendo em vista as características do produto e da população a ser segurada;		
II – projeção, através da análise de cenários, da sinistralidade esperada; e		
III – informação de que o estudo e a projeção, referidos nos incisos I e II deste artigo, respectivamente, serão objeto de reavaliação anual pelo atuário responsável, com o seu consequente envio para análise da SUSEP.		
CAPÍTULO XIII DA EXTENSÃO DE COMERCIALIZAÇÃO		
Art. 95. É vedada a extensão de comercialização de planos de seguros de pessoas entre sociedades seguradoras.		Dispositivo excluído, pois a extensão de plano é um procedimento há muito não permitido para nenhum dos segmentos supervisionados, além de ser incompatível com o mecanismo de registro de produtos atualmente adotado.
CAPÍTULO XIV DAS DISPOSIÇÕES GERAIS		
Art. 96. Da proposta e das condições gerais do plano deverão constar as seguintes informações:		Tratado no art. 10 da minuta.
I – “A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco”;		Tratado no art. 10 da minuta.
II – “O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização”; e		Tratado no art. 10 da minuta.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
III– “O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br , por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”. Parágrafo único. A informação contida no inciso II deste artigo deverá ser inserida, necessariamente, em todo e qualquer material de comercialização e propaganda utilizado pela sociedade seguradora.		Tratado no art. 10 da minuta.
Art. 97. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.		Tratado no § 2º do art. 10 da minuta.
Art. 98. As condições contratuais deverão, obrigatoriamente, ser redigidas em língua portuguesa, admitindo-se, no entanto, a presença de palavras isoladas e expressões curtas, de origem estrangeira, e de uso corrente no mercado de seguros, desde que acompanhadas das respectivas traduções ou definidas no glossário de termos técnicos.		Tratado no art. 9º da minuta.
Art. 99. O nome do plano de seguro deverá manter estreita relação com o tipo de cobertura oferecida. Parágrafo único. O nome fantasia dos planos de seguros comercializados, se utilizado, não deverá induzir os segurados a erro quanto à abrangência da cobertura oferecida.		Tratado nos arts. 4º e 15 da minuta.
Art. 100. As condições contratuais deverão ser expressas em linguagem clara e objetiva, de forma que não gere multiplicidade de interpretações e respeite o vernáculo, bem como apresentar, com destaque, as obrigações e/ou restrições de direito do segurado.		Tratado no art. 6º da minuta.
Art. 101. Deverá haver ordenamento lógico nas condições gerais e especiais do seguro, com as informações referentes ao mesmo assunto agregadas em um só item ou em itens subsequentes. Parágrafo único. As remissões a outros itens das condições gerais e especiais somente poderão ser utilizadas quando indicadas com clareza e as referências forem de fácil e imediata identificação.		Tratado no art. 6º da minuta.
Art. 102. Os planos de que trata esta Circular poderão prever de resultados financeiros, quando tecnicamente possível, decorrentes das aplicações dos recursos garantidores das provisões exigidas pelas normas em vigor.		Tratado no art. 4º da minuta.
Art. 103. É facultada a comercialização de planos de seguro que ofereçam sorteios por meio da aquisição de título de capitalização, desde que o referido título seja custeado integralmente pela sociedade seguradora e não pelo segurado.		Dispositivo excluído, pois seu princípio está abrangido pelo que dispõe o art. 4º da minuta.
		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
		Dispositivo excluído, considerando que no caso planos de seguro que ofereçam sorteios por meio da aquisição de título de capitalização, deverá ser observada a regulamentação aplicável aos títulos de capitalização da modalidade incentivo. Cabe destacar que será proposta revogação da Carta Circular SUSEP/DETEC/GAB/nº 01/2009, cujo teor foi parcialmente incorporado na minuta de resolução sobre estipulantes.

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
Parágrafo único. A sociedade seguradora, na qualidade de adquirente do título de capitalização, embora esteja cedendo o direito de sorteio ao segurado, não poderá mencionar nas condições contratuais do plano de seguro a cessão do sorteio.		Dispositivo excluído, considerando a justificativa acima, devendo, entretanto, ser observado que, de fato, não cabe tratar sobre sorteios nas condições contratuais, devendo ser informado ao segurado o direito ao sorteio por outros meios ou documentos.
Art. 104. É facultada às sociedades seguradoras a estruturação de planos de seguros com coberturas distintas daquelas previstas nesta Circular, desde que os riscos cobertos sejam enquadrados como seguro de pessoas.		Tratado no art. 74 da minuta.
Art. 105. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.		Tratado na minuta de Resolução sobre coberturas de riscos de seguros de pessoas.
Art. 106. Qualquer alteração nas condições gerais, especiais e/ou na nota técnica atuarial dos planos de seguro deverá ser previamente encaminhada à SUSEP.		Tratado no art. 2º da minuta.
Art. 107. Para efeito de análise por parte da SUSEP, deverão ser abertos processos administrativos específicos por plano, inclusive quando houver distinção entre planos individuais e coletivos.		Tratado no art. 14 da minuta.
CAPÍTULO XV DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS	CAPÍTULO VI DISPOSIÇÕES FINAIS	
Art. 108. Os planos de seguro protocolados na SUSEP antes do início de vigência desta Circular deverão ser arquivados ou adaptados à presente Circular até 30 de junho de 2006, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.	Art. 91. Os planos de seguros de pessoas registrados na Susep antes do início de vigência desta Circular, e que não estejam em conformidade com suas disposições, deverão ser adaptados à presente norma em até cento e oitenta dias após sua entrada em vigor, sob pena de aplicação das penalidades cabíveis.	Dispositivo mantido, com alteração de redação, em alinhamento com o art. 60 da Circular Susep nº 621/2021.
§ 1º A ausência de manifestação formal das sociedades seguradoras quanto à adoção de um dos procedimentos descritos no caput deste artigo implicará na respectiva suspensão de comercialização e arquivamento dos planos registrados na SUSEP.		Dispositivo excluído, considerando que haverá casos em que não haverá necessidade de registro de nova versão do produto.
§ 2º As disposições desta Circular aplicam-se às apólices renovadas ou emitidas a partir da data em que o respectivo plano de seguro adaptado for protocolado na SUSEP, conforme previsto no caput deste artigo.		Tratado no §2º do art. 2º da minuta no que se refere à alteração de planos já registrados.
§3º Independentemente do disposto no §2º deste artigo, no caso de planos coletivos, as disposições desta Circular aplicam-se a todos os segurados que subscreverem propostas a partir de 1º de janeiro de 2007. (Alterado pela Cir. SUSEP nº 316/2006)		Não aplicável, considerando que nem todos os planos terão suas condições contratuais alteradas. No caso de alteração deverá ser observado o que dispõe o art. 2º da minuta.
Art. 109. Os planos de seguro protocolados na SUSEP a partir do início de vigência desta Circular deverão obedecer aos critérios definidos nesta norma.	Art. 92. Os planos de seguro registrados na Susep a partir do início de vigência desta Circular deverão obedecer aos critérios nela definidos.	Dispositivo mantido, com ajuste redacional em alinhamento com o art. 61 da Circular Susep nº 621/2021.
	Art. 93. A Susep poderá, no exercício de suas competências legais, analisar e supervisionar os documentos relacionados aos contratos de seguros de pessoas, podendo inclusive determinar, se necessário e de forma fundamentada, alterações e suspensão dos planos de seguro.	Dispositivo incluído em alinhamento com o art. 62 da Circular SUSEP nº 621/2021.
	Art. 94. Ficam revogados:	Dispositivo incluído para tratar das revogações.
	I - a Circular Susep nº 302, de 20 de setembro de 2005;	

Circular SUSEP nº 302/2005	Minuta de Circular proposta	Justificativas/observações
	II - a Circular Susep nº 316, de 12 de janeiro de 2006; III - a Circular Susep nº 317, de 16 de janeiro de 2006; IV - a Circular Susep nº 516, de 3 de julho de 2015; V - o Capítulo II da Circular Susep nº 535, de 28 de abril de 2016; VI - a Carta Circular Susep/DETEC nº 8, de 18 de outubro de 2007; VII - a Carta Circular SUSEP/DETEC/GAB/nº 01, de 17 de junho de 2009; e VIII - a Carta Circular Susep/CGPRO nº 2, de 14 de abril de 2011.	Proposta revogação da Carta Circular SUSEP/DETEC/GAB/nº 01/2009, cujo teor foi parcialmente incorporado na minuta de resolução sobre estipulantes.
Art. 110. Esta Circular entra em vigor na data de sua publicação, ficando revogadas as Circulares SUSEP no 19, de 20 de março de 1980; no 37 de 18 de junho de 1980; no 20, de 30 de junho de 1982; no 1, de 12 de janeiro de 1983; no 11, de 17 de março de 1983; no 32 de 21 de julho de 1983; no 29, de 20 de dezembro de 1991, parcialmente, ficando mantida a vigência da tabela constante do art. 5º das Normas Anexas a esta Circular, para efeito de utilização opcional pelas sociedades seguradoras e para cálculo de indenizações referentes aos acidentes pessoais regulados na Lei nº 8.412, de 1992, e nas Resoluções CNSP Nos 109, de 2004, e 128, de 2005; no 17, de 17 de julho de 1992; no 17, de 13 de setembro de 1995; no 47, de 22 de junho de 1998; no 48, de 25 de junho de 1998; e no 90, de 27 de maio de 1999.	Art. 95. Esta Circular entra em vigor em xx de xxx de xxxx.	Com a revogação da Circular Susep nº 302/2005, a vigência parcial da Circular Susep nº 29/91, apenas em relação à tabela constante do art. 5º das Normas Anexas, também deixa de vigor. Vale destacar que para o seguro DPVAT já houve especificação da tabela de invalidez no anexo à Lei nº 6.194/1974. Em relação ao seguro DPEM, haverá tratamento em regulamentação específica.