

SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS PRIVADOS

CIRCULAR SUSEP N° 440, del 27 DE JUNIO DE 2012.

Establece los parámetros obligatorios para los planes de microseguro, regula sus formas de contratación, incluyendo el uso de medios remotos, y provee otras medidas.

EL SUPERINTENDENTE SUSTITUTO DE LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, según lo dispuesto en la letra "b" del artículo 36 del Decreto-Ley 73, del 21 noviembre de 1966, en el ítem 2 de la Resolución CNSP n° 16, del 25 de octubre de 1979, y la Resolución CNSP n° 244, del 6 de diciembre de 2011, considerando lo dispuesto en el Procedimiento Susep n° 15414.002278/2012-79,

RESUELVE:

Artículo 1º. Establecer los parámetros obligatorios para los planes de microseguro, regular sus formas de contratación, incluyendo el uso de medios remotos, y proveer otras medidas.

CAPÍTULO I DE LOS PARÁMETROS OBLIGATORIOS

Artículo 2º. Las condiciones generales y los reglamentos de los planes de microseguro deberán contener, obligatoriamente, las siguientes informaciones en conformidad con lo dispuesto en esta norma:

- I - el nombre del plan;
- II - el objetivo del plan;
- III – el público-objetivo del(os) segmento(s) de bajos ingresos o del(os) grupo(s) de microemprendedores individuales al(los) que se destina el plan;
- IV - la(s) cobertura(s) ofrecida(s) por el plan;
- V – los riesgos y/o los bienes excluidos referentes a cada cobertura ofrecida por el plan;
- VI - los deducibles o períodos de carencia aplicables a cada cobertura, si estuvieran previstos en el plan;
- VII - la forma de contratación, si fuese a través de emisión de ticket, póliza o certificado individual, no permitiéndose más de una forma de contratación concomitante para un mismo plan de microseguro;

VIII - los criterios para el inicio y el término de la vigencia y, si fuera el caso, la renovación del plan;

IX - La(s) forma(s) de pago de las primas o de la contribución, único o periódico, no permitiéndose el fraccionamiento de la prima única o de la contribución;

X - los plazos de tolerancia o los períodos de suspensión aplicables, si estuvieran previstos en el plan;

XI - los medios que se utilizarán por el asegurado o participante para el pago de la(s) prima(s) o de la(s) contribución(es);

XII – los documentos necesarios para cada cobertura en caso de ocurrencia de evento cubierto;

XIII – el plazo máximo para el pago de la indemnización o beneficio para cada cobertura ofrecida; y

XIV – el(los) canal(es) de distribución que se utilizarán para la comercialización del plan.

Párrafo único. Cuando los planes de microseguros presenten condiciones especiales, los ítems IV, V, VI, XII y XIII de este artículo deberán estar informados en ellas.

Artículo 3º. La nota técnica actuarial de los planes de microseguro deberá contener, como mínimo, los siguientes elementos:

I - el nombre del plan;

II - el objeto del plan;

III - la definición objetiva del público-objetivo del (los) segmento(s) de bajos ingresos o del (los) grupo(s) de microempresarios individuales al(los) que el plan se destina, con la justificación técnica correspondiente de la opción por el(los) segmento(s), en conformidad con el plan de negocio de la sociedad aseguradora y con los criterios establecidos en el Capítulo II de la presente norma;

IV - la(s) cobertura(s) ofrecida(s) por el plan;

V - el monto o el porcentaje del deducible aplicable a cada cobertura, si estuviera previsto en el plan;

VI - el plazo de carencia aplicable a cada cobertura, si estuviera previsto en el plan;

VII - la especificación de las tasas, primas puras o contribuciones;

VIII – las estadísticas o premisas utilizadas para la definición de las tasas, especificando el período y la fuente utilizados y el respectivo demostrativo de cálculo o tablas biométricas, conforme sea el caso;

IX - los criterios de reevaluación de las tasas, incluyendo la formulación y los períodos;

X – los recargos, especificando los porcentajes mínimos y máximos aplicables;

XI - la forma de constitución de las reservas técnicas; y

XII - la firma del actuario responsable, con el número de identificación profesional ante el órgano competente.

Párrafo único. Las coberturas de daños serán contratadas al primer riesgo absoluto.

Artículo 4º. El nombre del plan deberá contener la palabra "microseguro" y mantener una estrecha relación con la(s) cobertura(s) ofrecida(s), no induciendo al consumidor a interpretaciones erróneas.

CAPÍTULO II

DE LOS CRITERIOS PARA DEFINIR EL PÚBLICO-OBJETIVO

Artículo 5º. La justificación técnica utilizada en la Nota Actuarial para basar la definición del público-objetivo del(los) segmento(s) de bajos ingresos o del(los) grupo(s) de microemprendedores individuales a quienes el plan de microseguro se destina deberá incluir, obligatoriamente:

I – La identificación del(los) criterio(s) de segmentación adoptado(s) para la definición del público-objetivo del plan, que podrá incluir uno o más de los siguientes:

a) Criterios demográficos, los considerados como aquellos referentes a la edad, ingreso, sexo, tamaño de la familia, educación, ocupación, entre otros;

b) Criterios geográficos, los considerados como aquellos referentes a regiones específicas, zonas climáticas, proximidad o lejanía del mar, tipo de relieve, entre otros;

c) Criterios sociales, los considerados como aquellos referentes a programas sociales, entre otros;

d) Criterios económicos, los considerados como aquellos referentes a actividades económicas, entre otros;

e) Criterios comportamentales, los considerados como aquellos referentes a comportamiento, estilo de vida, decisiones de consumo, prácticas culturales, actividades deportivas, frecuencia a establecimientos y otros lugares, hábitos de utilización, entre otros; o

f) La combinación de dos o más de los criterios enumerados anteriormente.

II – La descripción de las características específicas del(los) segmento(s) o grupo(s) seleccionado(s);

III - La dimensión del(los) segmento(s) o grupo(s) seleccionado(s); y

IV – La definición del(los) canal(s) de distribución que se utilizará(n) para alcanzar el (los) segmento(s) o grupo(s) seleccionado(s).

Artículo 6º. Cada segmento o grupo seleccionado deberá presentar las siguientes características:

I – Homogeneidad: el(los) segmento(s) o grupo(s) debe(n) presentar un conjunto de características que son comunes a todos los elementos que lo componen; y

II - Mensurabilidad: el(los) segmento(s) o grupo(s) seleccionado(s) debe(n) ser medible(s) y permitir el análisis y registro de datos estadísticos sobre ellos.

CAPÍTULO III DE LAS COBERTURAS

Sección I

De las Definiciones de las Coberturas

Artículo 7º. Los planes de microseguro podrán ofrecer las siguientes coberturas, de forma separada o conjuntamente:

I - cobertura de personas:

a) muerte – consiste en el pago del capital asegurado / beneficio al(los) beneficiario(s) indicado(s) en la póliza, en el certificado individual o en el ticket, de una sola vez o en forma de renta, según lo establecido en las condiciones generales / reglamento o, si fuera el caso, en las condiciones particulares del plan de microseguro, en caso de fallecimiento del asegurado, por causas naturales o accidentales durante el período de vigencia del microseguro.

b) muerte accidental – consiste en el pago del capital asegurado al(los) beneficiario(s) indicado(s) en la póliza, en el certificado individual o en el ticket, de una sola vez o en forma de renta, según lo establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro, en caso de fallecimiento del asegurado por accidente personal cubierto durante el período de vigencia del microseguro.

c) reembolso de gastos funerarios (RF) - consiste en el reembolso de los gastos con el funeral del(los) asegurado(s), limitado al monto del capital asegurado.

d) invalidez permanente total por accidente (IPTA) - consiste en el pago del capital asegurado, de una sola vez o en forma de renta, según lo establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro, en el caso de pérdida total o impotencia funcional definitiva de los miembros u órganos definidos en la póliza, en el certificado individual o en el ticket, en caso de lesión corporal sufrida por el asegurado, causada por un accidente personal cubierto;

e) gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos derivados de accidente personal (DMHO) - consiste en un reembolso, limitado al capital asegurado, de los gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos realizados por el asegurado para su tratamiento, bajo supervisión médica e iniciado en los primeros treinta días a partir de la fecha del accidente personal cubierto;

f) prestamista – consiste en el pago de una indemnización al asegurado en caso de ocurrencia de un evento cubierto, según lo estipulado en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro, equivalente al saldo de la deuda o del compromiso asumido por el asegurado con el tomador del seguro, siendo que la diferencia entre el capital asegurado y la indemnización efectivamente pagada al asegurado, si fuera el caso, se la pagará al segundo beneficiario, según lo indicado por el asegurado, al propio asegurado o a sus herederos legales;

g) educacional - consiste en el pago del capital asegurado al(los) beneficiario(s)-estudiante(s), aunque esté(n) representado(s) o asistido(s), según lo dispuesto por la ley, en razón de la ocurrencia, con el(los) asegurado(s) indicado(s) en la póliza, en el

certificado individual o en el ticket, de los eventos cubiertos definidos en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro, con el objetivo de ayudar con el pago de los gastos en educación, incluyendo las mensualidades y, opcionalmente o adicionalmente, con otros gastos escolares, permitiendo incluso establecerse un valor a ser pagado al final de la educación secundaria o estudios superiores como un apoyo y estímulo a la iniciación profesional.

1. Tras la contratación de la cobertura educacional, el pago del capital asegurado de forma única estará limitado:

1.1. al último año académico del período contratado;

1.2. a la ocurrencia de la invalidez total del estudiante-asegurado;

1.3. a la concesión de un dote al final del período de formación; o

1.4. a los gastos escolares del año de referencia.

h) diarias por hospitalización (DIH) - consiste en el pago de una indemnización proporcional a la duración de la hospitalización del asegurado, limitado al número máximo de diarias establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales y observados el deducible y/o carencia, cuando fueran establecidos, siendo prohibida la estipulación de criterios para el cálculo del capital asegurado basado en los gastos hospitalarios efectuados.

i) diarias por incapacidad temporal (DIT) - consiste en el pago de una indemnización proporcional al período en el que el asegurado se encuentre bajo tratamiento médico que lo imposibilite, de forma continua e ininterrumpida, a ejercer su profesión u ocupación, sujeto al límite máximo contractual por evento, establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales, y al deducible y/o carencia, cuando fueran establecidos.

j) desempleo - consistirá en el pago de una indemnización, en forma de renta mensual temporal, debido a la privación involuntaria del asegurado al empleo formal remunerado, comprobado a través de libreta de trabajo o boleta de pago salarial, limitada al plazo máximo establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales y observando el período de carencia, cuando fuera establecido.

k) enfermedades graves (DG) - consiste en el pago del capital asegurado, en una sola vez o en la forma de renta, como consecuencia de un diagnóstico de alguna de las enfermedades debidamente especificadas, según lo definido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro.

l) cláusula suplementaria de inclusión de cónyuges y dependientes – consiste en la inclusión, en la(s) misma(s) coberturas(s) del asegurado principal, de su cónyuge o pareja, su(s) hijo(s), hijastro(s), padre, madre y/o de otros dependientes.

m) Viaje – consiste en el pago de una indemnización, de una sola vez o en forma de renta, al asegurado o al(los) beneficiario(s) indicado(s) en la póliza, certificado individual o ticket, en el caso de que un evento cubierto ocurra, definido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro, dentro del territorio nacional u, opcionalmente, hasta 150 (ciento cincuenta) kilómetros de la línea fronteriza de Brasil, durante el período del viaje previamente determinado, en el cual son admitidas las modalidades de:

1. muerte en viaje - muerte del asegurado, por causas naturales o accidentales, durante el período del viaje.
2. invalidez permanente total por accidente en viaje – invalidez permanente total del asegurado en consecuencia de accidente personal cubierto durante el período del viaje.
3. cancelación de viajes – consiste en el reembolso, limitado al capital asegurado, de los gastos con la compra de paquetes turísticos y/o servicios de viajes, transporte y alojamiento, en el caso de que un evento cubierto ocurra que impida al asegurado viajar, según lo establecido en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro.
4. pérdida de equipaje – consiste en el pago de una indemnización al asegurado, limitada al capital asegurado en los casos de pérdida, extravío, hurto, robo o daño de su equipaje, según lo dispuesto en condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro.
5. gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos durante el viaje (DMHO en viaje) - consiste en el reembolso, limitado al capital asegurado, de los gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos realizados por el asegurado para su tratamiento, bajo supervisión médica durante el período del viaje, según lo dispuesto en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones particulares del plan de microseguro.
6. traslado de cuerpo - consiste en el reembolso, limitado al capital asegurado, de los gastos con la liberación y el traslado del cuerpo del asegurado del lugar de la ocurrencia del evento cubierto hasta el domicilio o lugar de enterramiento.

II – cobertura de daños

a) incendio (incluyendo el humo del incendio ocurrido dentro o fuera del terreno donde se encuentra el inmueble) - consiste en el pago de una indemnización por los daños materiales directamente causados por el incendio.

b) caída de rayo - consiste en el pago de una indemnización por daños materiales directamente causados por la caída de rayos ocurrida dentro del área del terreno/ inmueble donde se encuentran los bienes del asegurado.

c) explosión – consiste en el pago de una indemnización por daños materiales directamente causados por explosión de gas, que se haya producido dentro del área del terreno/inmueble donde se encuentran los bienes asegurados, siempre y cuando el gas no se haya generado en la(s) ubicación(es) asegurada(s) o que la(s) misma(s) no haga(n) parte de plantas de gas.

d) daño eléctrico – consiste en el pago de una indemnización por pérdidas y/o daños directamente causados a cualquier maquinaria, equipos o instalaciones electrónicas o eléctricas debido a cambios anormales en el voltaje, cortocircuito, arco voltaico, calor generado accidentalmente por electricidad, descargas eléctricas, electricidad estática, o cualquier efecto o fenómeno de naturaleza eléctrica, incluyendo la caída de rayos ocurrida fuera de la ubicación asegurada.

e) vientos tempestuosos (incluyendo huracán, ciclón y tornado) y granizo – consiste en el pago de una indemnización por daños materiales causados directamente por la ocurrencia de vientos tempestuosos y/o granizo.

1. a los efectos de esta cobertura se considera como vientos tempestuosos: los vientos con velocidad igual o superior a 54 (cincuenta y cuatro) hasta 102 (ciento dos) kilómetros por hora.
2. a los efectos de esta cobertura se considera como huracán: nombre dado a un ciclón tropical con vientos continuos superiores a 119 (ciento diecinueve) kilómetros por hora, al que también se conoce como tifón.
3. a los efectos de esta cobertura se considera como ciclón: gran masa de movimiento de aire con circulación cerrada cuando los vientos soplan hacia dentro, alrededor de este centro, también conocido como ciclón extra-tropical con vientos de velocidad superiores a 102 (ciento dos) y hasta 119 (ciento diecinueve) kilómetros por hora.
4. a los efectos de esta cobertura se considera como tornado: la columna giratoria y violenta de aire.
5. a los efectos de esta cobertura se considera como granizo: la precipitación atmosférica que se origina de nubes bajo la forma de piedras de hielo.

f) derrumbe total o parcial (incluido el derivado de terremoto, maremoto, inundación, resaca) - consiste en el pago de una indemnización por daños materiales directamente causados por el derrumbe de pared o de cualquier elemento estructural (columna, viga, losa de piso o de techo) del inmueble asegurado.

g) inundación (incluida la originada por maremoto, resaca y similar) - consiste en el pago de una indemnización por daños materiales causados directamente por la entrada del agua en el inmueble asegurado, derivado de aguaceros, tromba de agua o lluvia, inundación, agua originada de ruptura de plomería, fontanería, tuberías y depósitos, siempre y cuando no pertenezcan al propio inmueble asegurado, e inundación como consecuencia exclusivamente del aumento del volumen de agua de los ríos navegables y canales alimentados de forma natural por estos ríos.

1. a los efectos de esta cobertura se considera maremoto: agitación sísmica en el mar.
2. a los efectos de esta cobertura se considera resaca: fuerte oleaje sobre las propias olas, originado del mar muy agitado, cuando se chocan contra los obstáculos en la costa.

h) equipos electrónicos - consiste en el pago de una indemnización por daños materiales causados directamente a los equipos electrónicos asegurados como consecuencia de incendio, rayo, explosión, vientos tempestuosos, granizo, inundación, derrumbe, daños eléctricos, robo y hurto calificado.

i) equipos no electrónicos – consiste en el pago de una indemnización por daños materiales causados directamente a los equipos no electrónicos asegurados como consecuencia de incendio, rayo, explosión, vientos tempestuosos, granizo, inundación, derrumbe, robo y hurto calificado.

j) pago de alquiler de equipo - consiste en el pago de una indemnización equivalente al alquiler que el propietario del equipo asegurado tendría que pagar a

terceros, en el caso de que estuviese obligado a alquilar otro equipo como consecuencia de un evento cubierto por el microseguro.

k) pérdida de ingresos - equipo - consiste en el pago de una indemnización por la pérdida de ingresos que el asegurado dejó de percibir por la imposibilidad de seguir trabajando con el equipo asegurado debido a la ocurrencia de un evento cubierto por el microseguro.

l) robo y/o hurto calificado – consiste en el pago de una indemnización por daños materiales causados directamente a los bienes de propiedad del asegurado en el interior del inmueble, por los perjuicios materiales causados al inmueble o su contenido durante la práctica de robo o hurto calificado, o incluso por su mera tentativa.

1. a los efectos de esta cobertura se considera robo: la sustracción de objeto ajeno móvil, bajo grave amenaza o violencia practicada contra una persona, o después de reducir la posibilidad de defensa o la resistencia de la persona.
2. a los efectos de esta cobertura se considera hurto calificado: la sustracción de objeto ajeno móvil, mediante la destrucción y/o rotura de cualquier obstáculo que impida el acceso al objeto ajeno móvil y/o mediante escalamiento o destreza; o incluso cuando la sustracción se realice con abuso de confianza o por cualquier artificio utilizado para engañar la confianza de la víctima; o cuando la sustracción se realiza con el uso de cualquier instrumento, que no sea la verdadera llave para abrir cerraduras; o cuando la sustracción es practicada por dos o más personas.

m) pago de alquiler - consiste en el pago de una indemnización equivalente al alquiler que el propietario del inmueble asegurado tendría que pagar a terceros, en el caso de que esté obligado a alquilar otro inmueble como consecuencia de un evento cubierto por el microseguro, o el equivalente al alquiler que el asegurado - inquilino tendría que pagar a terceros por la misma razón, siempre y cuando el contrato de alquiler del edificio no se rescinda.

n) pérdida temporal de ingresos – consiste en el pago de una indemnización por la pérdida de ingresos que el asegurado dejó de percibir debido a la imposibilidad de seguir trabajando regularmente en el inmueble asegurado por la ocurrencia de incendio / rayo / explosión, equivalente al monto declarado en el momento de la contratación del seguro, pagado mensualmente durante el tiempo de la reconstrucción del inmueble (o de la parte del inmueble que le permita reanudar sus actividades profesionales), limitado a un máximo de seis (6) meses consecutivos.

o) gastos extras y costos adicionales con la documentación – consiste en el pago de una indemnización equivalente a los gastos incurridos para la recomposición por pérdida o destrucción de documentos personales y del inmueble o costos adicionales con el siniestro, incluso sin necesidad de comprobación, siempre y cuando tales gastos se originen de un evento cubierto por el microseguro.

p) responsabilidad civil familiar – consiste en el reembolso al asegurado de las cuantías de las cuales sea responsable civilmente en sentencia judicial o en acuerdo expresamente autorizado por la aseguradora, con relación a las reparaciones por daños involuntarios, lesiones corporales o daños materiales causados a terceros durante la vigencia del microseguro, por el propio asegurado, su cónyuge, hijos menores de edad que estén bajo su protección o en su compañía, por animales domésticos que estén bajo

la posesión del asegurado y por la caída de objetos o su lanzamiento en un lugar inapropiado.

q) responsabilidad civil - uso y mantenimiento del inmueble – consiste en el reembolso al asegurado de las cuantías que sea considerado civilmente responsable en virtud de sentencia judicial o en acuerdo expresamente autorizado por la aseguradora, con relación a la reparación de daños materiales o lesiones corporales involuntarios causados a terceros, y que hayan ocurrido durante la vigencia del microseguro, debido a accidentes relacionados con la existencia, mantenimiento y uso del inmueble asegurado.

r) embarcación de porte pequeño - pérdida total de la embarcación – consiste en el pago de una indemnización por los daños y perjuicios relacionados con la pérdida total de la embarcación, equivalente a un perjuicio igual o superior al 75% (setenta y cinco por ciento) de su valor, como resultado de un choque, colisión, encalladura o hundimiento.

s) embarcación de porte pequeño - pérdida de red de pesca – consiste en el pago de una indemnización por los daños materiales relacionados con la pérdida de la red de pesca, cuyo perjuicio sea igual o superior al 75% (setenta y cinco por ciento) del valor de la red, debido al naufragio de la embarcación o daños por causas externas durante la operación de pesca.

§ 1º. Se incluyen los riesgos cubiertos por las coberturas de daños derivados de medidas adoptadas para combatir la propagación del siniestro, para salvar y proteger los bienes de sufrir pérdidas mayores, así como la remoción de escombros del lugar asegurado, si fuera necesario.

§ 2º. A los efectos de las coberturas de daños establecidas en el ítem II, se consideran los siguientes intereses asegurables:

I – inmuebles para vivienda, pudiendo incluir el inmueble y/o el respectivo contenido;

II - inmuebles para vivienda con actividades de micro-emprendedor, pudiendo incluir el inmueble y/o el respectivo contenido;

III – inmuebles donde funcionan actividades de micro-emprendedor, pudiendo incluir el inmueble y/o el respectivo contenido;

IV - equipos relacionados con las actividades de micro-emprendedor.

§ 3º. El plan podrá definir el alcance geográfico de las coberturas ofrecidas, siendo que, en el caso de falta de definición, será considerado todo el globo terrestre.

§ 4º. En los planes de pensiones equiparados a los planes de microseguros, en los términos de la Resolución CNSP nº 244/2011, solamente se podrán ofrecer las coberturas de muerte e invalidez permanente y total, en conformidad con la reglamentación específica.

§ 5º. A los efectos del párrafo anterior, se entiende como invalidez permanente y total, aquella para la cual no se puede esperar la recuperación o rehabilitación con recursos terapéuticos disponibles en el momento de su constatación.

Sección II

De los Límites Máximos de Garantía, Capital Asegurado y Beneficios

Artículo 8º. Los montos del límite máximo de garantía, de capital asegurado y/o beneficio para las coberturas ofrecidas en los planes de microseguro deben cumplir con los siguientes límites máximos individuales por cobertura:

I - coberturas de personas:

- a) muerte - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - b) muerte accidental - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - c) reembolso de gastos funerarios (RF) - R\$ 4.000,00 (cuatro mil reales);
 - d) invalidez permanente total por accidente (IPTA) - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - e) gastos médicos, hospitalarios y/o servicios odontológicos derivados de accidentes personales (DMHO) - R\$ 2.700,00 (dos mil setecientos reales);
 - f) prestamista - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - g) educacional - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - h) diarias por hospitalización (DIH) – diarias de R\$ 50,00 (cincuenta reales);
 - i) diarias por incapacidad temporal (DIT) – diarias de R\$ 50,00 (cincuenta reales);
 - j) desempleo – una renta mensual de R\$ 1.000,00 (mil reales);
 - k) enfermedad grave (DG) - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - l) Cláusula suplementaria de inclusión de cónyuge y dependientes - los mismos montos de límite máximo de garantía, capital asegurado y beneficio establecidos para el asegurado principal;
 - m) viajes, en las formas de:
 - 1, muerte en viaje - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 - 2, invalidez permanente total por accidente en viaje - R\$ 24.000,00 (veinticuatro mil reales);
 3. cancelación de viajes - R\$ 2.000,00 (dos mil reales) para los viajes nacionales y R\$ 5.000,00 (cinco mil reales) para los viajes internacionales;
 4. pérdida de equipaje - R\$ 1.000,00 (mil reales), incluyendo la maleta y el contenido;
 5. gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos durante el viaje (DMHO en viaje) - R\$ 2.700,00 (dos mil setecientos reales);
 6. traslado de cuerpo – R\$ 300,00 (trescientos reales) con un adicional de R\$ 2,00 (dos reales) por kilómetro para remociones fuera del municipio.
- II – cobertura de daños:
- a) inmuebles para vivienda - R\$ 30.000,00 (treinta mil reales);

b) inmuebles para vivienda con actividades de micro-emprendedor - R\$ 40.000,00 (cuarenta mil reales);

c) inmuebles donde funcionan solamente actividades de micro-emprendedor - R\$ 60.000,00 (sesenta mil reales);

d) equipos relacionados con actividades de micro-emprendedor, cuando se le ofrece de forma separada - R\$ 10.000,00 (diez mil reales);

e) responsabilidad civil relacionada con la vivienda o con la actividad del micro-emprendedor, cuando se le ofrece en forma separada- R\$ 10.000,00 (diez mil reales);

f) responsabilidad civil relacionada con la actividad del micro-emprendedor, cuando se le ofrece de forma separada - R\$ 10.000,00 (diez mil reales);

g) embarcación de pequeño porte - fuente de trabajo e ingresos - R\$ 20.000,00 (veinte mil reales).

§ 1º. En los planes de pensiones equiparados a los planes de microseguro, en los términos de la Resolución CNSP nº 244/2011, los límites máximos de beneficio para las coberturas de muerte e invalidez permanente y total son los establecidos, respectivamente, en las letras "a" y "d" del ítem I del presente artículo.

§ 2º. Los valores resultantes de la actualización monetaria debido a la renovación de contratos con plazo de vigencia igual o superior a 1 (un) año no serán considerados para efectos de aplicación de los límites establecidos en este artículo.

Artículo 9º. A los menores de catorce (14) años se les permite, exclusivamente, el ofrecimiento y la contratación de las coberturas relacionadas con el reembolso de gastos, ya sea en la condición de asegurado principal o de dependiente.

Artículo 10º. La cobertura de reembolso de gastos funerarios podrá establecer la posibilidad de sustitución del reembolso por la prestación de servicios, mediante acuerdo entre las partes, garantizando, al menos, los siguientes beneficios:

I – carro funerario: a disposición de la familia para el transporte del cuerpo del asegurado desde el lugar donde se encuentre hasta la ubicación del velatorio y luego, si fuera el caso, al lugar de la sepultura, siempre y cuando sea dentro del mismo municipio;

II – corona de flores: a disposición de la familia, confeccionada con flores de la temporada, incluyendo una cinta con una frase escrita por la propia familia;

III - ornamentación de la urna: a disposición de la familia, flores de la temporada para el interior de la urna;

IV - paramentos: de responsabilidad de la empresa de servicios funerarios, los candelabros y velas para acompañar la urna, así como los aparatos de ozono;

V – registro de defunción: de responsabilidad de la empresa de servicios funerarios, el registro de óbito notariado y, si es necesario, se solicitará el acompañamiento de un miembro de la familia;

VI - sepultura: de responsabilidad de la empresa de servicios funerarios, incluyendo el pago de las respectivas tasas relacionadas con el entierro en las modalidades municipal o privado, conforme se especifica en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones especiales del plan de microseguro.

VII - ataúd: de responsabilidad de la empresa de servicios funerarios, el pago de los gastos relacionados con la adquisición de la urna funeraria, conforme se especifica en las condiciones generales o, si fuera el caso, en las condiciones particulares del plan de microseguro.

VIII - representante de la empresa proveedora de servicios: persona designada por la empresa proveedora de servicios, responsable de proporcionar todos los documentos necesarios para la expedición de la sepultura con la empresa de servicios funerarios, tomando todas las medidas necesarias para llevar a cabo el funeral, pudiendo solicitar el acompañamiento de un miembro de la familia, si es necesario.

Artículo 11º. La posibilidad de contratación separada o la obligación de contratación conjunta de las coberturas ofrecidas por el plan de microseguro deberá ser informada en las respectivas condiciones generales del producto.

Sección III

Riesgos Excluidos

Artículo 12º. Las exclusiones específicas relativas a cada cobertura deberán estar relacionadas después de la descripción de los riesgos cubiertos en todos los documentos contractuales, incluyendo las pólizas simplificadas, políticas y certificados individuales, y se limitarán a:

I - En las coberturas clasificadas como microseguro de personas:

- a) actos ilícitos intencionales practicados por parte del asegurado principal o dependientes, por el beneficiario o por el representante legal, de cualquiera de ellos;
- b) enfermedades o lesiones que, aunque se le haya preguntado al asegurado por la sociedad aseguradora y que son de conocimiento del asegurado principal o dependiente, no fueron declaradas en la contratación / adhesión del microseguro;
- c) el suicidio o secuelas derivadas de su intento, si se producen en los dos primeros años de vigencia de la cobertura;
- d) epidemia o pandemia declarada por una institución competente;
- e) huracanes, ciclones, terremotos, maremotos, erupciones volcánicas y otros fenómenos naturales;
- f) daños y pérdidas causados por actos de terrorismo; y
- g) actos u operaciones de guerra, declarada o no, guerra química o bacteriológica, guerra civil, guerrilla, revolución, motín, revuelta, sedición, sublevación u otras alteraciones del orden público y las derivadas de las mismas, con excepción de la prestación de servicio militar y de los actos de humanidad realizados para ayudar a otras personas.

II - En las coberturas de pensiones equiparadas a microseguro de personas:

- a) muerte: muerte por enfermedad, lesión o secuelas preexistentes a la contratación del plan, no declarada en el momento de contratar el plan, o como resultado de evento generador ocurrido durante el período de carencia y de suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago, si fuera el caso;

b) invalidez total y permanente:

1. por enfermedad, lesiones o secuelas preexistentes a la contratación del plan, no declarada en la solicitud de inscripción y comprobadamente de conocimiento del participante, o derivada de evento generado durante el período de carencia y de suspensión de la cobertura por incumplimiento de pago, si fuera el caso.

2. derivada de la utilización de materiales nucleares para cualquier propósito, incluyendo la explosión nuclear provocada o no, así como la contaminación radioactiva o la exposición a radiaciones nucleares o ionizantes;

3. derivada de actos u operaciones de guerra, declarada o no, de guerra química o bacteriológica, de guerra civil, de guerrillas, de revolución, de agitación, de motín, de revuelta, de sedición, de sublevación o de otras perturbaciones del orden público y la resultante de las mismas;

4. derivada de huracanes, de ciclones, de terremotos, de maremotos, de erupciones volcánicas y de otros fenómenos naturales;

5. derivada de acto reconocidamente peligroso, que no sea motivado por una necesidad justificada y de la práctica por parte del asegurado de actos ilegales o contrarios a la ley; y

6. derivada de las perturbaciones y de las intoxicaciones por alimentos de cualquier tipo.

III - En las coberturas clasificadas como microseguro de daños:

a) mala calidad, defecto, avería mecánica, desgaste por uso, deterioro, mantenimiento / reparación / ajuste defectuoso o inadecuado, erosión, corrosión, herrumbre, oxidación, incrustación, fatiga, fermentación y/o combustión natural o espontánea;

b) actos de la autoridad pública (civil o militar), excepto para prevenir la propagación del daño cubierto por este seguro;

c) actos de hostilidad o de guerra, rebelión, insurrección, revolución, motín, confiscación, alteración del orden político y social, guerra revolucionaria, subversión y guerrillas y actos terroristas, debidamente reconocidos como ofensivos para el orden público por la autoridad pública competente;

d) cualquier arma química, biológica, bioquímica, electromagnética o sistema electrónico;

e) fisión nuclear, radiaciones ionizantes, contaminación por la radioactividad de cualquier combustible nuclear, residuos nucleares, o material de armas nucleares;

f) falla o mal funcionamiento de cualquier equipo (y sus componentes o periféricos), programa y/o sistema electrónico, de telecomunicaciones o de interpretación de datos, aunque sea debido a virus de computadora, acto, falla, inadecuación, incapacidad, inhabilidad o decisión del asegurado o de un tercero; y

g) actos ilegales intencionales o por culpa grave equiparable al acto intencional cometido por el asegurado, por el beneficiario o por el representante del uno o del otro.

Artículo 13º. Además de los riesgos excluidos mencionados en el artículo anterior, los planes podrán contener las siguientes exclusiones específicas para:

I – coberturas que garantizan exclusivamente eventos derivados de accidentes personales:

a) complicaciones resultantes de la realización de exámenes, tratamientos clínicos o quirúrgicos, cuando no son derivados de accidente personal cubierto;

b) accidentes cardiovasculares, accidente cerebrovascular (ACV), aneurisma, síncope, apoplejía, epilepsia y accidentes médicos, cuando no se derivan de un accidente cubierto;

c) accidentes sufridos antes de la contratación del seguro, aunque sus secuelas se hayan manifestado durante su vigencia; y

d) cirugías plásticas o tratamientos estéticos, excepto si su finalidad fuese comprobadamente para la restauración de daños causados por un accidente personal cubierto.

II – Cobertura de gastos médicos, hospitalarios y/o odontológicos derivados de accidente personal (DMHO):

a) estados de convalecencia, tras el alta.

III - cobertura de desempleo:

a) despidos por justa causa.

IV - cobertura de daños que garantizan eventos derivados de incendio / rayo / explosión:

a) siniestro causado intencionalmente por el propio asegurado o sus familiares, socios o personas relacionadas con él legal o económicamente.

V – cobertura de daños que garantizan eventos derivados de daños eléctricos:

a) instalaciones mal hechas, instalaciones ilegales, instalaciones que causan sobrecarga y desconexión intencionada de los dispositivos de seguridad o de controles automáticos.

VI – coberturas de daños que garantizan eventos derivados de vientos tempestuosos y granizo:

a) no están cubiertos antenas, paredes, cercas, vallados de obra y portones.

VII – cobertura de daños que garantizan eventos resultantes de derrumbe total o parcial (incluyendo los derivados de terremoto, maremoto, inundación, resaca):

a) perjuicios materiales causados por la simple caída de tejas, ladrillos, marquesinas, aleros y enfoscados, sin que ocurra el derrumbe del inmueble asegurado.

VIII – coberturas de daños que garantizan eventos derivados de inundación (incluyendo los daños por maremoto, resaca y similares):

a) perjuicios causados a inmuebles construidos sobre palafitos, depósitos abiertos de basura y similares o en lugar no legalizado por las autoridades públicas.

IX – cobertura de equipos:

a) incendio causado intencionalmente por el propio asegurado o sus familiares, socios o personas vinculadas a él, jurídica o económicamente;

b) daños eléctricos causados por: instalaciones mal hechas, instalaciones ilegales, instalaciones que provoquen sobrecarga y desligamiento intencionado de dispositivos automáticos de seguridad o de control;

c) hurto, extravío o simple desaparición de equipos asegurados; y

d) no están cubiertos los teléfonos celulares, calculadoras, computadoras portátiles, *tablets* y aparatos de uso profesional; archivos y datos que estén dentro del equipo asegurado.

X – cobertura de robo o hurto calificado de bienes:

a) hurto simple, extravío o simple desaparición de equipos asegurados; y

b) no están cubiertos los teléfonos celulares, calculadoras, computadoras portátiles, *tablets* y aparatos para uso profesional.

XI – cobertura de pago de alquiler:

a) siniestro causado intencionalmente por el propio asegurado o sus familiares, socios o personas relacionadas con él jurídica o económicamente.

XII – cobertura de pérdida de ingresos:

a) siniestro causado intencionalmente por el propio asegurado o sus familiares, socios o personas relacionadas con él jurídica o económicamente.

XIII – cobertura de responsabilidad civil familiar:

a) actos intencionales o de vandalismo cometidos por personas que no sean los especificados en los riesgos cubiertos, incluidos los actos cometidos en un estado de locura, de alcoholismo o bajo la influencia de sustancias tóxicas;

b) caso fortuito o de fuerza mayor;

c) daño moral y daños punitivos o ejemplares;

d) daños causados a bienes en poder del Asegurado, para su guarda, custodia, depósito, consignación, garantía, transporte, uso o manipulación o desempeño de cualquier trabajo, incluyendo, animales;

e) daños causados a cualquier tipo de vehículo terrestre, aéreo o acuático, así como sus pertenencias, accesorios u objetos dejados en su interior, o la carga, bajo la custodia del asegurado o no, o en circulación en el interior o fuera de los lugares;

f) daños causados por un mantenimiento inadecuado del inmueble o defectos de construcción;

g) daños causados por fallas profesionales; y

h) desaparición, extravío, hurto y robo de bienes y activos de cualquier naturaleza, género o tipo, extorción de cualquier naturaleza o apropiación indebida, aunque sea, directa o indirectamente, cualquier evento incluido por esta cobertura que haya contribuido para tales pérdidas.

XIV - cobertura de responsabilidad civil - uso y mantenimiento del inmueble:

a) actos intencionados o de vandalismo, cometidos por empleados del asegurado, incluidos los actos cometidos en un estado de locura, de alcoholismo o bajo la influencia de sustancias tóxicas;

b) caso fortuito o de fuerza mayor;

- c) daño moral y daños punitivos o ejemplares;
- d) daños causados a bienes en poder del asegurado para su guarda, custodia, depósito, consignación, garantía, transporte, uso o manipulación o desempeño de cualquier trabajo, incluyendo, animales;
- e) daños causados a cualquier tipo de vehículo terrestre, aéreo o acuático, así como sus pertenencias, accesorios u objetos dejados en su interior, o la carga, bajo la custodia del asegurado o no, o en circulación en el interior o fuera del inmueble asegurado;
- f) daños causados por un mantenimiento inadecuado del inmueble o defecto de construcción;
- g) daños derivados por el incumplimiento de pago de las obligaciones previstas, exclusiva, de contratos o convenciones y responsabilidades asumidas por contratos o convenciones que no sean derivados de las obligaciones legales civiles;
- h) daños causados por fallas profesionales;
- i) desaparición, extravío, hurto o robo de bienes y activos de cualquier naturaleza, género o tipo, incluyendo de los empleados del asegurado; y
- j) extorsión de cualquier naturaleza o apropiación indebida, aunque sea, directa o indirectamente, cualquier evento incluido por esta cobertura que haya contribuido para tales pérdidas.

XV - cobertura de embarcaciones de porte pequeño:

- a) daños causados intencionadamente por el asegurado o sus familiares, socios o personas relacionadas con él jurídica o económicamente;
- b) daños a embarcaciones no legalizadas o conducidas por personas no autorizadas,
- c) daños causados por la sobrecarga de pasajeros y/o carga; y
- d) robo, hurto, extravío, o simple desaparición del bien asegurado.

Sección IV

De los Deducibles y Carencias

Artículo 14º. Solamente los planes de microseguro que ofrezcan la cobertura de diarias por incapacidad temporal (DIT) podrán aplicar deducible, pero sólo en la forma de plazo, limitado al máximo de quince (15) días, contados a partir de la fecha de la caracterización del evento.

Párrafo único. El deducible, cuando está incluido, debe estar explícito en la póliza, en el certificado individual o ticket, al lado de la definición de la cobertura contratada.

Artículo 15º. Los planes de microseguro pueden incluir, opcionalmente, plazos de carencia aplicables a las coberturas ofrecidas, observando el límite de dos años.

§ 1º. El plazo de carencia, si existiera, debe estar explícito en la póliza, en el certificado individual o ticket, al lado de la definición de la cobertura contratada.

§ 2º. Los plazos de carencia, salvo en el caso de suicidio o su intento, no podrán exceder a la mitad de los períodos de vigencia establecidos para las coberturas en los documentos contractuales.

§ 3º. Para los siniestros derivados de accidentes personales, no podrá establecerse plazo de carencia, salvo en los casos de suicidio o su intento, cuando dicho período será igual a dos años ininterrumpidos, contados desde la fecha de la contratación o de la adhesión al microseguro, o de su reconducción después de suspendido.

Artículo 16º. Cuando hubiera contratación sucesiva con una misma sociedad aseguradora o entidad abierta de fondos pensión complementaria de cobertura de microseguro cubriendo el mismo objeto o interés, sólo será considerado válido el período de carencia establecido para la primera contratación de la secuencia.

Párrafo único. Se considera contratación sucesiva la que se realizó con la misma sociedad aseguradora o entidad abierta de fondos de pensión complementaria en un período no superior a 30 (treinta) días o el equivalente al período de carencia definido en el plan, el que sea mayor, contados a partir del final de la vigencia del microseguro anterior.

Artículo 17º. En el caso de renovación del microseguro, no podrá iniciarse un nuevo plazo de carencia.

CAPÍTULO IV DE LA CONTRATACIÓN

Sección I

De las Formas de Contratación Admitidas

Artículo 18º. Los microseguros deben contratarse mediante la solicitud llenada y firmada por el solicitante, su representante legal o corredor licenciado, con la emisión de la respectiva póliza, en el caso de plan individual, o del certificado individual, en el caso de plan colectivo, a excepción de lo dispuesto en el artículo siguiente.

§ 1º. La solicitud a que se refiere el enunciado de este artículo podrá firmarse por medio del *login* y contraseña pre-registrados por el solicitante o mediante su identificación biométrica.

§ 2º. Está prohibido el uso de la firma en la forma del párrafo anterior por el corredor licenciado, el intermediario de la contratación.

§ 3º. Los planes de pensión equiparados a los planes de microseguro, ya sean individuales o colectivos, sólo podrán contratarse mediante la emisión de certificado individual.

Artículo 19º. La contratación de microseguros a través de pólizas simplificadas se hará a través de solicitud verbal del interesado seguida de emisión del ticket, una vez proveída la información obligatoria establecida por esta norma.

§ 1º. Se equipara a la solicitud verbal del interesado, la manifestación del solicitante efectuada con la utilización de medios remotos.

§ 2º. Es prohibida la contratación de planes de pensiones equiparados a planes de microseguro a través de ticket.

Artículo 20º. El contrato de microseguro se prueba con la exhibición del ticket o de la póliza individual o del certificado individual y, en su defecto, por documento que acredite el pago de la respectiva prima / contribución o por la confirmación del pago total de la prima / contribución de microseguro enviada por la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria o su representante, utilizando medios remotos.

Sección II

De la Contratación por Ticket

Artículo 21º. Las pólizas simplificadas de microseguro emitidas por las sociedades aseguradoras deberán contener, al menos, los siguientes elementos de caracterización del contrato:

- I - el nombre del plan de microseguro al cual se vincula el ticket y su objetivo;
- II - el nombre y el CNPJ¹ de la sociedad aseguradora;
- III – el número del proceso administrativo de registro en la Susep del plan de microseguro al cual se vincula el ticket;
- IV – el número de control del ticket;
- V - la fecha de emisión del ticket;
- VI - el nombre y documento de identificación del asegurado;
- VII – la identificación del(los) beneficiario(s), en el caso de los microseguros de Muerte, Muerte Accidental, Prestamistas, Educativo o Viaje;
- VIII – la identificación del bien asegurado en el caso de microseguro de daños;
- IX - la(s) cobertura(s) contratada(s);
- X - el valor del límite máximo de garantía, o del capital asegurado para cada cobertura contratada;
- XI - los riesgos excluidos y/o bienes excluidos;
- XII – los deducibles o las carencias aplicables a cada cobertura, si los hubiese;
- XIII – el período de vigencia del ticket de microseguro, incluyendo la fecha de inicio y término de la(s) cobertura(s), según lo dispuesto en el artículo 52º.
- XIV – el importe a ser pagado por el asegurado a título de prima, incluyendo:
 - a) la prima de microseguro;
 - b) el valor del Impuesto sobre Operaciones de Crédito, Cambio y Seguros (IOF), si fuera el caso; y
 - c) el importe total a ser pagado por el asegurado.
- XV - el plazo y la forma de pago de la prima y, si fuera el caso, su periodicidad;

¹ N.T. En Brasil es lo equivalente al RUC (Registro único del Contribuyentes de Persona Jurídica).

XVI - los plazos de tolerancia y los períodos de suspensión aplicables, si los hubiese;

XVII - la documentación requerida para recibir la indemnización para cada cobertura contratada, en los términos establecidos en el Capítulo VIII;

XVIII - el plazo máximo para la sociedad aseguradora efectuar la indemnización;

XIX - el número de teléfono gratuito de la central de atención al asegurado / beneficiario que la sociedad aseguradora responsable de emitir el ticket pondrá a disposición;

XX – la información del enlace en el portal de la Susep, donde se podrán verificar todos los datos sobre el plan de microseguro al cual se vincula el ticket contratado;

XXI - el número de teléfono gratuito del Servicio al Cliente de la Susep;

XXI - sello o firma del representante de la sociedad aseguradora ; y

XXII - nombre y número de registro del corredor en la Susep, si los hubiese.

Artículo 22º. El diseño gráfico y la programación visual de las pólizas simplificadas se determinarán por las sociedades aseguradoras , cumpliendo con que las cláusulas restrictivas de derecho deben destacarse.

Sección III

De la Contratación por Póliza Individual

Artículo 23º. La contratación de microseguro mediante la emisión de póliza individual será precedida de la solicitud llenada, fechada y firmada por el solicitante, por su representante legal o por el corredor de seguros / microseguros.

§ 1º. Se aplica a la contratación de un plan de pensiones individual, equiparado al plan de microseguro, lo dispuesto en esta sección.

§ 2º. Se equipara a la póliza individual de microseguro el certificado de un plan de pensiones individual.

§ 3º. El solicitante o su representante legal deberá tener acceso a la copia integral de las condiciones generales o del reglamento y, si fuera el caso, de las condiciones especiales del plan de microseguro en el momento de firmar la solicitud individual.

§ 4º. La copia integral de las condiciones generales o del reglamento y, si fuera el caso, de las condiciones especiales se puede proporcionar a través de la utilización de medios remotos, mediante aceptación del solicitante o de su representante legal registrada en la solicitud de microseguro.

Artículo 24º. La propuesta a la que se refiere el artículo anterior deberá contener obligatoriamente la siguiente información con el fin de formar parte integrante del contrato:

I - el nombre del plan de microseguro en que la solicitud se vincula;

II - el nombre y el CNPJ de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria;

III – el número del proceso administrativo del registro del plan de microseguro en la Susep al cual la solicitud se vincula;

IV – el número de control de la solicitud;

V - el nombre y el documento de identificación del asegurado / participante;

VI – la identificación del(los) beneficiario(s), en el caso de microseguro de Muerte, Muerte Accidental, Prestamistas, Educacional o Viaje;

VII - la identificación del bien asegurado en el caso de microseguro de daños;

VIII - la(s) cobertura(s) contratada(s);

IX - el valor del límite máximo de garantía, del capital asegurado o del beneficio de cada cobertura contratada;

X – los deducibles o las carencias aplicables a cada cobertura, si los hubiese, o la remisión a la(s) cláusula(s) específica(s) en las condiciones generales o en el reglamento o, si fuera el caso, en las condiciones especiales;

XI – el período de vigencia de la póliza individual de microseguro, incluyendo la fecha de inicio y término de la (s) cobertura(s), según lo dispuesto en el artículo 52^o;

XII - el importe a ser pagado por el asegurado / participante a título de prima / contribución, incluyendo:

a) la prima / contribución de microseguro;

b) el valor del IOF, si fuera el caso; y

c) el importe total a ser pagado por el asegurado / participante;

XIII – el plazo y la forma de pago de la prima o contribución y, si fuera el caso, su periodicidad

XIV – la información del enlace en el portal de la Susep, donde se podrán verificar todos los datos sobre el plan de microseguro al cual la propuesta se vincula;

XV – la firma, nombre y número del registro del corredor en la Susep, si los hubiese.

XVI - la fecha y la firma del asegurado / participante o de su representante legal, según lo dispuesto en el párrafo 1^o del artículo 18^o.

Artículo 25^o. La aceptación de la solicitud individual por parte de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, así como su rechazo, se dará dentro de los plazos y en la forma establecida por la legislación vigente.

Artículo 26^o. La sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria deberá ofrecer al solicitante o a su representante legal, obligatoriamente, un acuse de recibo que identifique que la solicitud ha sido recibida por ella, indicando la fecha y la hora de su recepción.

Párrafo único. La prueba documental mencionada en el enunciado de este artículo podrá ser suministrada con la utilización de medios remotos, siempre y cuando sea posible validar la confirmación de la recepción por el solicitante o por su representante legal.

Artículo 27^o. la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria emitirá y enviará la póliza al asegurado o al participante,

respectivamente, dentro de los 15 (quince) días a partir de la fecha de la aceptación de la solicitud y, si fuera el caso, de su renovación.

Artículo 28º. las pólizas de microseguro emitidas por las sociedades aseguradoras o entidades abiertas de fondos de pensión complementaria, respectivamente, deberán contener, al menos, los siguientes elementos de caracterización del contrato:

- I - el nombre del plan de microseguros al que la póliza se vincula;
- II - el nombre y el CNPJ de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria;
- III – el número del proceso administrativo del registro del plan de microseguro en la Susep al cual la póliza se vincula;
- IV – el número de control de la póliza;
- V – la indicación del número de orden de la solicitud a la cual la póliza se vincula;
- VI - la fecha de emisión de la póliza;
- VII – el nombre y documento de identificación del asegurado / participante;
- VIII – La identificación del(los) beneficiario(s), en el caso de microseguro de Muerte, Muerte Accidental, Prestamistas, Educacional o Viaje;
- IX – La identificación del bien asegurado, en el caso de microseguro de daños;
- X - la(s) cobertura(s) contratada(s);
- XI - el valor del límite máximo de garantía, del capital asegurado o del beneficio de cada cobertura contratada;
- XII – los deducibles o las carencias aplicables a cada cobertura, si los hubiese;
- XIII – el período de vigencia de la póliza de microseguro, incluyendo la fecha de inicio y término de la(s) cobertura(s), por año, mes, día y hora;
- XIV – el importe a ser pagado por el asegurado / participante a título de prima / contribución, incluyendo:
 - a) la prima / contribución del microseguro;
 - b) el valor del IOF, si fuera el caso; y
 - c) el importe total a ser pagado por el asegurado / participante;
- XV - el plazo y la forma de pago de la prima o contribución y, si fuera el caso, su periodicidad;
- XVI - el número de teléfono gratuito de la central de servicios al asegurado / participante / beneficiario proporcionado por la sociedad aseguradora o por la entidad abierta de fondos de pensión complementaria responsable de la emisión de la póliza;
- XVII – la información del enlace en el portal de la Susep, donde se podrán verificar todos los datos sobre el plan de microseguro al cual la póliza se vincula;
- XVIII – el sello o la firma del representante de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria; y
- XIX - el nombre y el número del registro del corredor en la Susep, si los hubiese.

Sección IV

De la Contratación por Certificado Individual

Artículo 29º. la contratación de microseguro mediante la emisión de certificado individual será precedida de la solicitud llenada , fechada y firmada por el solicitante o su representante legal, vinculada a un plan de microseguro colectivo y a una póliza colectiva.

§ 1º. Se aplica a la contratación del plan de pensiones colectivo, equiparado a un plan de microseguro, lo dispuesto en esta sección.

§ 2º. Se equipara al certificado individual de microseguro o certificado de plan de pensiones colectivo.

§ 3º. Se equipara al tomador del plan de microseguro colectivo, en lo que fuera aplicable, al tomador del plan de pensiones colectivo.

§ 4º. La póliza colectiva a que se refiere el enunciado de este artículo deberá ser contratada por un tomador, observando, en lo que fuera aplicable, lo dispuesto en el Capítulo II de esta norma sobre la contratación por póliza individual y la forma establecida por la legislación vigente para la contratación del plan colectivo de seguro o plan abierto de pensiones complementarias.

§ 5º. En el caso del plan de pensiones colectivo, equiparado a un plan de microseguro, no hay emisión de la póliza colectiva, siendo que la contratación se formalizará por medio de las solicitudes, certificados individuales y contrato colectivo.

Artículo 30º. La solicitud a la que hace referencia el enunciado del artículo anterior deberá contener, obligatoriamente, la siguiente información, a fin de formar parte del contrato:

- I - el nombre del plan de microseguro al cual la propuesta se vincula;
- II - el nombre y el CNPJ de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria;
- III – el nombre y el CNPJ o el CPF² del tomador y, cuando proceda, del sub-tomador;
- IV – el número del proceso administrativo de registro del plan de microseguro en la Susep, al cual la solicitud se vincula;
- V - el número de control de la solicitud;
- VI - la indicación del número de control de la póliza a la cual la solicitud se vincula;
- VII – el nombre y el documento de identificación del asegurado / participante;
- VIII – la identificación del(los) beneficiario(s), en el caso de microseguro de Muerte, Muerte Accidental, Prestamista, Educativo o Viaje;
- IX – la identificación del bien asegurado, en el caso de microseguro de daños;
- X - la(s) cobertura(s) contratada(s);

² N.T. En Brasil es lo equivalente al NIF (Número de Identificación Fiscal) para personas naturales.

XI - el valor del límite máximo de garantía, del capital asegurado o del beneficio de cada cobertura contratada;

XII – los deducibles o las carencias aplicables a cada cobertura, si los hubiese, o la remisión a la(s) cláusula(s) específica(s) en las condiciones generales, en el reglamento o, si fuera el caso, en las condiciones especiales;

XIII - la fecha de inicio y término de la(s) cobertura(s);

XIV – el importe a ser pagado por el asegurado / participante a título de prima / contribución, incluyendo:

a) la prima / contribución de microseguro;

b) el valor del IOF, si fuera el caso; y

c) el importe total a ser pagado por el asegurado / participante.

XV - el plazo y la forma de pago de la prima / contribución y, si fuera el caso, su periodicidad;

XVI – la información del enlace en el portal de la Susep, donde se podrán verificar todos los datos sobre el plan de microseguro que está vinculada a la propuesta;

XVII - la fecha y la firma del asegurado / participante o de su representante legal, observando lo dispuesto en el párrafo 1º del artículo 18º.

Párrafo único. El solicitante o su representante legal deberá certificar en la solicitud que tuvo acceso al contenido integral de las condiciones generales / del reglamento y, si fuera el caso, de las condiciones especiales del plan de microseguro en el momento de firmar la solicitud.

Artículo 31º. La sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria deberá proporcionar al asegurado / participante, a su representante legal o al tomador, obligatoriamente, un acuse de recibo que identifique la solicitud recibida por ella, con indicación de la fecha y hora de la recepción.

Párrafo único. El acuse de recibo de que trata el enunciado podrá ser suministrado con la utilización de medios remotos, siempre y cuando sea posible validar la confirmación de la recepción por el solicitante, su representante legal o tomador.

Artículo 32º. La sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria emitirá y enviará el certificado individual al asegurado / participante dentro de los 15 (quince) días, a partir de la fecha de la aceptación de la solicitud y, si fuera el caso, de su renovación.

Artículo 33º. Los certificados individuales de microseguro emitidos por las sociedades aseguradoras / entidades abiertas de fondos de pensión complementaria deberán contener, al menos, los siguientes elementos de caracterización del contrato:

I - el nombre del plan de microseguro al cual el certificado individual se vincula;

II - el nombre y el CNPJ de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria;

III – el nombre y el CNPJ o el CPF del tomador y, cuando proceda, del subtomador;

IV – el número del proceso administrativo de registro del plan de microseguro en la Susep, al cual el correspondiente certificado individual se vincula;

- V - el número de control del certificado individual;
- VI – indicación del número de la solicitud y de la póliza a la cual el certificado individual se vincula;
- VII - la fecha de emisión del certificado individual;
- VIII – el nombre de la identificación del asegurado / participante;
- IX – la identificación del(los) beneficiario(s), en el caso de microseguro de Muerte, Muerte Accidental, Prestamista, Educacional o Viaje;
- X – la identificación del bien asegurado en el caso de microseguro de daños;
- XI - la(s) cobertura(s) contratada(s);
- XII - el valor del límite máximo de la garantía, beneficio o capital asegurado de cada cobertura contratada;
- XIII – los deducibles o carencias aplicables a cada cobertura, si los hubiese;
- XIV - el período de vigencia de la(s) cobertura(s) de microseguro contratada(s), incluyendo la fecha de inicio y fin;
- XV - el importe a ser pagado por el asegurado / participante a título de prima / contribución, incluyendo:
- a) la prima / contribución del microseguro;
 - b) el valor del IOF, si fuera el caso; y
 - c) el importe total a ser pagado por el asegurado / participante.
- XVI - el plazo y la forma de pago de la prima / contribución y, si fuera el caso, su periodicidad;
- XVII - el número de teléfono gratuito de la central de servicios al asegurado / participante o beneficiario proporcionado por la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria responsable de la emisión del certificado individual;
- XVIII - la dirección y el número de teléfono de contacto del tomador o, si fuera el caso, del sub-tomador para la atención al asegurado / participante.
- XIX - la información del enlace en el portal de la Susep, donde se podrán verificar todos los datos sobre el plan de microseguro al cual el certificado individual se vincula;
- XX – el número de teléfono gratuito del Servicio al Cliente de la Susep.
- XXI – el sello o firma del representante de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria.

Sección V

De la Contratación con Capital Global

Artículo 34º. Contratación de microseguro de personas con capital global es una modalidad de contratación colectiva en la que el monto del capital asegurado individual sólo se define en la fecha de ocurrencia del evento cubierto, siendo equivalente al monto

del capital total asegurado global definido de la póliza dividido por el número de asegurados existentes en el grupo en la fecha del siniestro.

§ 1º. El monto del capital asegurado global no podrá reducirse durante la vigencia de la póliza en virtud de cualquier pago derivado de eventos cubiertos.

§ 2º. El monto del capital asegurado individual calculado en la fecha del evento cubierto no podrá exceder a los límites individuales establecidos en el Capítulo III.

§ 3º. Está vedada la contratación de plan de pensiones, equiparado al plan de microseguro con capital global.

Artículo 35º. En la modalidad de contratación de plan de microseguro con capital global el tomador es el responsable por el integral total de las primas, no admitiéndose ninguna participación del asegurado en su costo, aunque sea parcialmente.

Artículo 36º. Los criterios para identificar a las personas naturales vinculadas al tomador como parte integrante del grupo asegurado deben estar claramente definidos en las condiciones generales del plan microseguro y respectiva póliza.

Artículo 37º. La solicitud y el certificado individual no son obligatorios en el caso de contratación de personas con capital global.

Sección VI

De la Relación con el Tomador y con el Corresponsal de Microseguro

Artículo 38º. El tomador de plan de microseguro deberá mantener una estrecha relación con el grupo asegurado, cuyo modo de vínculo deberá definirse en el contrato colectivo, de manera clara y objetiva.

Párrafo único. La estrecha relación entre el tomador y el grupo asegurado a que se refiere el enunciado de este artículo comprende la relación restringida al vínculo que se establece entre los proveedores de productos y/o servicios, incluidos los servicios financieros y los respectivos grupos de consumidores.

Artículo 39º. Para ofrecer y promover planes de microseguro en nombre de la sociedad aseguradora, los proveedores de productos y/o servicios a que se refiere el párrafo anterior deberán, obligatoriamente, establecer un contrato y/o firmar un acuerdo en la condición de corresponsal de microseguro, según lo dispuesto en la norma específica.

Artículo 40º. Deberán, obligatoriamente, firmar un contrato y/o convenio con la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria en la condición de corresponsal de microseguro:

I - La persona jurídica, cuya participación esté restringida a la condición de consignador, responsable, únicamente por la recaudación de primas / contribuciones a través de descuentos en el rol de pagos del respectivo asegurado / participante, con la consiguiente transferencia a favor de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria; y

II - La persona jurídica responsable únicamente para la recaudación de primas / contribuciones mediante el cobro de cuentas de servicio, folletos, recibos o facturas de

tarjetas de crédito, con la consiguiente transferencia a favor de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria.

Párrafo único. Cuando el plan de microseguro hubiera sido contratado con previsión de consignación en el rol de pagos u otras formas de recaudación de primas / contribuciones previstas en el presente artículo, las condiciones generales / reglamento deberán incluir un dispositivo estableciendo que la ausencia de la transferencia a la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria de las primas / contribuciones recaudadas por el consignador / responsable no podrá causar ningún daño a los asegurados / participantes o beneficiarios con respecto a las coberturas y a los demás derechos abarcados por el plan.

Artículo 41º. Está prohibido a las sociedades aseguradoras / entidades abiertas de fondos de pensión complementaria firmar contratos de planes colectivos de microseguros con:

I - personas naturales o jurídicas cuya actividad principal sea la prestación de servicios de tomador; o

II - personas jurídicas cuya actividad principal sea la comercialización de seguros / fondos abiertos de pensión complementaria.

Artículo 42º. Además de lo dispuesto en esta Circular, los tomadores de planes de microseguro deberán cumplir con las otras normas específicas sobre tomadores.

Artículo 43º. Lo dispuesto en esta norma sobre tomadores y, en particular en esta sección, se aplica integralmente a los sub-tomadores de planes de microseguros.

Sección VII

De la Identificación del Asegurado / Participante

Artículo 44º. La identificación del asegurado / participante en el momento de la contratación se hará, preferiblemente, por el número de inscripción en el Registro de las Personas Naturales (CPF) o, en su defecto, por el número de registro de la cédula de identidad (RG), libreta de trabajo, partida de nacimiento, partida de matrimonio u otros documentos de identificación oficiales que sean válidos en el territorio nacional.

Sección VIII

De la Indicación de los Beneficiarios

Artículo 45º. Las pólizas simplificadas, las pólizas individuales y los certificados individuales en el momento de la contratación de planes de microseguros que incluyan las coberturas de Muerte, Muerte Accidental, Prestamista, Educacional o Viaje deberán contener, obligatoriamente, la información necesaria para la identificación del(los) beneficiario(s) indicado(s) por el asegurado / participante.

§ 1º. Se define como información necesaria para la identificación del(los) beneficiario(s) como mínimo, la indicación del nombre y el grado de parentesco proporcionada por el solicitante o su representante legal en el momento de la contratación.

§ 2º. La sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria es la responsable, en última instancia, por la inclusión de la información prevista en el enunciado de este artículo.

§ 3º. En cualquier momento, el asegurado / participante podrá modificar el(los) beneficiario(s) a través de una solicitud formal, fechada, firmada y con acuse de recibo presentado ante la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, no admitiéndose la utilización de medios remotos para este procedimiento.

CAPÍTULO V

DE LA UTILIZACIÓN DE LOS MEDIOS REMOTOS

Artículo 46º. A los efectos de esta norma medios remotos son aquellos que permitan el cambio y/o el acceso a la información y/o cualquier tipo de transferencia de datos por redes de comunicación con el uso de tecnologías tales como la internet pública o privada, telefonía, televisión a cable o digital, sistemas de comunicación por satélite, entre otras.

Artículo 47º. La utilización, por parte de las sociedades aseguradoras de medios remotos en el proceso de contratación de plan de microseguro y/o de manejo de siniestros deberá, obligatoriamente, garantizar:

I – la comprobación de la autoría e integridad de los documentos contractuales enviados por la aseguradora;

II - la correcta identificación del asegurado, su(s) beneficiario(s) o su representante legal, garantizando la autenticidad y la integridad de los datos y los datos personales;

III – la total seguridad durante el intercambio de datos e información con el asegurado, especialmente en cuanto al envío de contraseñas y procedimientos relacionados con las solicitudes de cancelaciones y cambios contractuales;

IV - la validación de la confirmación de la recepción de documentos y mensajes enviados por la sociedad aseguradora al asegurado, su(s) beneficiario(s) o su representante legal;

V – el suministro del acuse de recibo al asegurado, su(s) beneficiario(s), o su representante legal, en cualquier transacción que implique un intercambio de información y/o transferencia de datos y documentos.

Párrafo único. La contratación de planes de fondos de pensión equiparados a planes de microseguro no se podrá realizar por medios remotos, debiendo cumplir con lo dispuesto en la legislación específica.

Artículo 48º. Está autorizada la emisión de pólizas simplificadas, políticas individuales y certificados individuales de microseguro mediante la utilización de medios remotos, siempre y cuando se los emitan bajo la jerarquía de la Infraestructura de Claves Públicas (ICP-Brasil), con la identificación de la fecha y hora de envío y recepción.

§ 1º. Lo dispuesto en el enunciado de este artículo no se aplica a los certificados individuales de los planes de fondos de pensión.

§ 2º. La utilización de medios remotos en la emisión a la que se refiere en el enunciado de este artículo deberá garantizar al asegurado la posibilidad de imprimir el documento y, en cualquier momento, el suministro de su versión física por petición verbal simple del asegurado a la sociedad aseguradora o a su representante.

§ 3º. Se equipara a la solicitud verbal del asegurado, la manifestación efectuada utilizando medios remotos.

Artículo 49º. La contratación de microseguro realizada utilizando medios remotos, sin la expedición de documentos contractuales físicos, deberá, obligatoriamente, implicar en el envío de mensajes de educación financiera al asegurado durante todo el plazo de vigencia de las coberturas y en el momento apropiado a cada situación, utilizando los mismos medios remotos empleados en la contratación, incluyendo, como mínimo:

I - la confirmación de la contratación del plan de microseguro;

II - las coberturas contratadas y respectivos montos de garantía y/o de capital asegurado;

III - alerta sobre la(s) fecha(s) de vencimiento de la(s) prima(s) de microseguro, con al menos dos (2) días de antelación;

IV – la confirmación del pago total de la prima;

V – alerta sobre el final de la vigencia del microseguro contratado con al menos dos (2) días de antelación, para vigencias inferiores a un (1) año, o treinta (30) días de antelación para vigencias superiores a un (1) año;

VI – la información sobre el portal de la Susep, donde el asegurado podrá verificar las condiciones generales del plan de microseguro contratado; y

VII – el número de teléfono con llamada gratuita para contactar el centro de atención al asegurado, proporcionado por la sociedad aseguradora.

Artículo 50º. La utilización de medios remotos en la contratación de microseguros deberá garantizar al asegurado el acceso irrestricto a la información acerca del plan contratado, con el suministro obligatorio por parte de la sociedad aseguradora del número de teléfono gratuito para el contacto con el centro de atención específico dentro del horario comercial, proporcionando el acuse de recibo de atención, que indique la fecha y la hora del contacto.

CAPÍTULO VI DE LA VIGENCIA

Artículo 51º. El plazo mínimo de vigencia de las coberturas ofrecidas en planes de microseguro, será, obligatoriamente, de un (1) mes, salvo lo dispuesto en el párrafo único de este artículo.

Párrafo único. El plazo mínimo de vigencia del microseguro de viaje es de un (1) día.

Artículo 52º. La vigencia de las coberturas ofrecidas en planes de microseguros contratado a través de emisión de tickets comenzará siempre a partir de las 24

(veinticuatro) horas siguientes a la fecha de pago de la prima / contribución, salvo lo dispuesto en el párrafo único de este artículo.

Párrafo único. El inicio de vigencia de la cobertura de viaje contratada a través de emisión de tickets coincidirá con la fecha de inicio del propio viaje, siempre y cuando el pago de la prima se haya efectuado en fecha anterior al inicio del viaje.

Artículo 53º. La vigencia de las coberturas ofrecidas en planes de microseguros contratados a través de la emisión de póliza o certificado individual se iniciará en la fecha especificada en estos documentos.

CAPÍTULO VII DEL PAGO DE LA PRIMA

Artículo 54º. La obligación del pago de la prima / contribución de microseguro por parte del asegurado / participante, dependiendo de la forma de contratación, será válido a partir del día previsto:

- I - en el ticket;
- II – en la solicitud y póliza individual; o
- III – en la solicitud y certificado individual.

Artículo 55º. El pago de la prima / contribución de microseguro se podrá hacer a través de institución bancaria, incluyendo sus corresponsales bancarios, directamente a la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria o a sus corresponsales de microseguro.

Párrafo único. La recaudación de primas / contribuciones de microseguro por el corresponsal de microseguro, en nombre de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, podrá llevarse a cabo mediante el procedimiento de cobro utilizado regularmente por el corresponsal en su actividad principal, tales como facturas de consumo, talón de pago, boleta de pago, facturas de tarjetas de crédito o descuentos en la nómina del asegurado / participante, siempre y cuando esté debidamente previsto en el plan de microseguro, y el valor asignado a la prima / contribución esté claramente identificado, así como la fecha y la forma del correspondiente finiquito de pago.

Artículo 56º. El débito efectuado en la cuenta bancaria o tarjeta de crédito, la factura de consumo pagada, el talón de pago o la boleta, el recibo de la remesa de pago bancario o postal debidamente compensado, el comprobante de descuento en el registro financiero del asegurado / participante, la identificación mecánica del pago en el propio ticket de microseguro o la confirmación del pago enviada por la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria con la utilización de medios remotos servirán como comprobantes del pago de la prima / contribución de microseguro.

Artículo 57º. Los planes de microseguro podrán establecer, opcionalmente, plazo de tolerancia o período de suspensión para los casos de posible incumplimiento de pago por parte del asegurado / participante.

Artículo 58º. El plazo de tolerancia es el intervalo de tiempo establecido en los documentos contractuales durante el cual, en la ocurrencia de un evento cubierto, el asegurado / participante moroso tendrá derecho a la cobertura.

§ 1º. La ocurrencia de un evento cubierto durante el plazo de tolerancia implicará en el pago de la indemnización / del beneficio, deducidos los importes de las primas o de las contribuciones debidos.

§ 2º. El microseguro se cancelará automáticamente si el estado de incumplimiento del asegurado / participante continúa después del término del plazo de tolerancia.

Artículo 59º. El período de suspensión es el intervalo de tiempo establecido en los documentos contractuales durante el cual, en la ocurrencia de un evento cubierto, el asegurado / participante no tendrá derecho a la cobertura en función de su estado de morosidad.

§ 1º. La reanudación de los pagos de las primas / contribuciones de microseguro dentro del período de suspensión implicará la rehabilitación inmediata de las coberturas contratadas, estando prohibido el cobro de las primas o de las contribuciones no pagadas durante el período de suspensión.

§ 2º. El microseguro se cancelará automáticamente si el estado de morosidad del asegurado / participante continúa después del período de suspensión.

CAPÍTULO VIII

DEL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN / DEL BENEFICIO Y DOCUMENTOS

Artículo 60º. En el caso de ocurrencia de un evento cubierto, el asegurado / participante, su(s) beneficiario(s) o su representante legal, deberá(n) presentar a la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria los documentos requeridos para la comprobación de la cobertura contratada, los cuales se limitan a los siguientes:

I - coberturas de personas:

a) muerte: notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; e identificación de(los) beneficiario(s).

b) muerte accidental: notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; e identificación de(los) beneficiario(s).

c) reembolso de gastos funerarios (RF): notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado; facturas y otros comprobantes originales de los gastos efectuados con el funeral del asegurado; y documento de identificación de aquel(los) que ha(n) incurrido en gastos.

d) invalidez permanente total por accidente (IPTA): notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el

asegurado; y reporte o informe técnico llenado por un profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas, diagnósticos necesarios y la fecha de la invalidez.

e) gastos médicos, hospitalarios y/u odontológicos derivados de accidente (DMHO): Notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; parte policial, si fuera el caso; facturas y otros comprobantes originales de los gastos efectuados por el asegurado; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; y reporte o informe técnico llenado por un profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas y diagnósticos necesarios.

f) prestamista: la documentación mencionada en las letras correspondientes a los eventos cubiertos vinculados, así como el comprobante del saldo de la deuda o del compromiso.

g) educacional: notificación del siniestro, documento de identificación del asegurado / beneficiario, declaración de la institución de enseñanza incluyendo el valor de la mensualidad, contrato de la matrícula y la documentación mencionada en las letras correspondientes a los eventos cubiertos vinculados.

h) diarias por hospitalización (DIH): notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; y reporte o informe técnico llenado por un profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas y diagnósticos necesarios.

i) diarias por incapacidad temporal (DIT): notificación del siniestro, documento de identificación del asegurado; exámenes que comprueben la incapacidad temporal y certificado médico que confirme la baja laboral ; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; parte policial, si fuera el caso; copia notariada del documento acreditativo de la actividad autónoma, pudiendo ser: la última declaración del Impuesto sobre la Renta, o Recibo de Pago de Autónomo, o Carnet de Pago del Impuesto sobre la Renta, añadido del documento que acredite la actividad desempeñada, o Documento Comprobatorio, de los últimos tres (3) meses anteriores a la fecha de ocurrencia del siniestro, del pago al Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), más el documento acreditativo de la actividad.

j) desempleo: notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; y Libreta Laboral o Término de Recisión Registrado Oficialmente.

k) enfermedades graves (DG): notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; examen de laboratorio que diagnosticó la enfermedad y reporte o informe técnico llenado por un profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas.

l) cláusula suplementaria de inclusión de cónyuge y dependientes: la lista de los documentos será la misma necesaria para las coberturas del asegurado principal.

m) viaje, en las modalidades de:

1. muerte en viaje: notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; e identificación del(los) beneficiario(s).

2. invalidez total permanente por accidente en viaje: notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el asegurado; reporte o informe técnico llenado por profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas, diagnóstico necesarios y fecha de la invalidez.

3. cancelación de viajes: notificación del siniestro; certificado de defunción del asegurado o de la persona involucrada; parte policial, si fuera el caso; facturas o comprobantes de pago de los gastos de viaje; reporte o informe técnico llenado por profesional calificado que prestó el servicio.

4. pérdida de equipaje: notificación del siniestro; declaración de pérdida de equipaje a la empresa de transporte; parte policial, si fuera el caso; certificado o declaración de la empresa de transporte, dando conocimiento de la pérdida del equipaje.

5. gastos médicos, hospitalarios y odontológicos derivados de accidente personal durante el viaje (DMHO en viaje): notificación del siniestro; documento de identificación del asegurado; recetas médicas, en caso de compra de medicamentos; facturas, recibos y cualquier otro comprobante original de los gastos efectuados por el asegurado; reporte o informe técnico llenado por un profesional calificado que prestó el servicio, con las especificaciones técnicas, diagnósticos necesarios.

6. traslado de cuerpo: notificación del siniestro; certificado de defunción; e identificación del asegurado.

II – coberturas de planes de pensión equiparadas a las de microseguro de personas:

a) muerte: certificado de defunción del participante; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el participante; y documento de identificación del(los) beneficiario(s).

b) Invalidez permanente total: documento de identificación del participante; parte policial, si fuera el caso; licencia de conducir (CNH), en caso de que el siniestro involucre un vehículo conducido por el participante; y certificado médico que compruebe la invalidez.

III – coberturas de daños:

a) notificación de la ocurrencia del siniestro, con la fecha de ocurrencia, descripción detallada de la ocurrencia, incluidos los bienes siniestrados, perjuicios causados por el evento, e información sobre el ticket, la póliza o certificado individual que se pretende utilizar;

b) comprobación de propiedad y/o posesión del inmueble asegurado (interés asegurado, según el caso) donde se produjo el siniestro y, si fuera el caso, el respectivo contrato de alquiler;

c) presupuesto para la reparación o el reemplazo de los bienes dañados por el siniestro, facturas, recibos u otros documentos que comprueben los valores reportados como perjuicios;

d) registro de inscripción en el CNPJ, si fuera el caso; documento de identificación del asegurado; y prueba de residencia, en su caso;

e) recortes de prensa noticiando el evento o la ocurrencia del fenómeno, en el caso de vientos tempestuosos, huracán, ciclón, tornado, granizo, inundación, terremoto, maremoto o resaca, u otros medios que comprueben el evento.

f) registro de la ocurrencia de la autoridad pública en los casos de incendio, explosión o robo.

g) otros documentos se podrán solicitar en cada caso concreto, pero los procedimientos para concluir con el trámite de los siniestros deben ser informados, especificando los documentos básicos que deben ser presentados para cada tipo de cobertura.

§ 1º. A los efectos del pago de la indemnización / beneficios, se aceptarán como prueba de identificación del asegurado / participante y beneficiarios la cédula de identidad (RG), el contrato de trabajo, la partida de nacimiento, certificado de matrimonio u otros documentos oficiales de identificación que sean válidos en el territorio nacional.

§ 2º. En el caso de sustitución de la cobertura de reembolso de los gastos funerarios por los servicios de asistencia funeraria, la sociedad aseguradora deberá proporcionar el número de teléfono gratuito específico de la central telefónica de atención al cliente para la orientación de la familia del asegurado, cuyo número debe estar presente en el documento contractual y por medio del cual se solicitará la información inicial, proporcionando el número del registro de la llamada.

Artículo 61º. La sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria deberá proporcionar al asegurado / participante, su(s) beneficiario(s) o su representante legal, el acuse de recibo que compruebe efectivamente la recepción de la documentación comprobatoria del evento cubierto, con indicación de la fecha y la hora.

Párrafo único. El acuse de recibo a que se refiere el enunciado de este artículo podrá proporcionarse a través de medios remotos, siempre y cuando sea posible validar la confirmación de recepción por parte del asegurado / participante, su(s) beneficiario(s) o su representante legal.

Artículo 62º. La solicitud de cualquier documento comprobatorio adicional por parte de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, distintos de los definidos en este capítulo para cada cobertura, deberá ser acompañada de una justificación fundamentada y ocurrir dentro del plazo máximo para el pago de la indemnización / del beneficio.

§ 1º. La solicitud infundada o fuera del tiempo máximo permitido en el enunciado sobre documentación adicional comprobatoria del siniestro, por parte de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, se ignorará a todos los efectos en lo que se refiere a la contabilización del plazo para el pago de la indemnización / del beneficio.

§ 2º. Se interrumpirá la contabilización del plazo para el pago una sola vez para solicitar la documentación complementaria previsto en el enunciado y volverá a contar en la fecha de su recepción por parte de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria.

Artículo 63º. El plazo máximo para el pago de la indemnización o beneficio es de diez (10) días calendario, a partir de la fecha del registro de la entrega de la

documentación comprobatoria requerida en los documentos contractuales a la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria o su representante.

§ 1º. Se equipara al representante de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria el corresponsal de microseguro autorizado para prestar este tipo de servicio.

§ 2º. Cuando la cobertura de reembolso de gastos funerarios se sustituye por la prestación de asistencia de servicios funerarios, los beneficios mínimos establecidos en la presente circular deberán estar a disposición de la familia del asegurado dentro de las 24 (veinticuatro) horas del registro comprobatorio de comunicación de la ocurrencia de muerte del asegurado a la central de llamada telefónica de la sociedad aseguradora

Artículo 64º. En el momento de la contratación de la cobertura educacional, el pago de la indemnización derivada de desempleo del asegurado se limita al período especificado en las condiciones generales, o si fuera el caso, en las condiciones especiales, con la reintegración de la suma asegurada después del retorno a las actividades laborales.

Párrafo único. Se faculta la previsión contractual de suspensión del pago de la indemnización derivada de la interrupción de los estudios, sin pérdida del derecho de los importes indemnizables y su respectiva corrección monetaria, una vez que se caracterice el evento cubierto.

Artículo 65º. En caso de incumplimiento del plazo máximo previsto para el pago de la indemnización / del beneficio, la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria deberá actualizar la obligación pecuniaria a partir de la fecha de vencimiento de su exigibilidad y aplicar los intereses de mora.

§ 1º La actualización a la que se refiere este artículo se efectuará con base a la variación positiva del Índice de Precios al Consumidor Amplio - IPCA / IBGE, o el índice que lo sustituya, calculado entre el último índice publicado antes de la fecha de exigibilidad de la obligación pecuniaria y el que se publicó inmediatamente anterior a la fecha de su efectivo cumplimiento.

§ 2º Los intereses de mora a los que se refiere este artículo, que son contados a partir del primer día luego de finalizar el plazo señalado en esta norma, serán equivalentes a la tasa que estuviera en vigor para la mora del pago de impuestos debidos al Tesoro Nacional.

CAPÍTULO IX

DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA Y CESIÓN DE DERECHOS DE TÍTULOS DE CAPITALIZACIÓN

Artículo 66º. Los planes de microseguro podrán incluir la prestación de servicios de asistencia, los cuales deberán estar previstos en documento específico, separado de los documentos contractuales del plan de microseguro.

Párrafo único. La prestación de servicios de asistencia estará vinculada al período de vigencia del microseguro y configurada en el documento separado al que se refiere el enunciado.

Artículo 67º. La prestación de servicio de asistencia vinculado al plan de microseguro no podrá:

- a) prever pagos en efectivo o reembolso al asegurado / participante bajo cualquier forma.
- b) ser considerado en la estructuración de la Nota Técnica Actuarial;
- c) tener su costo, si existiera, cobrado de forma agregada a la prima comercial / a la contribución; y
- d) ser prestado directamente por la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria.

Artículo 68º. Los planes de microseguro que incluyan la cesión de derechos de títulos de capitalización por las sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria a los asegurados / participantes deberán cumplir con lo dispuesto en norma específica.

Artículo 69º. Se prohíbe la contratación de servicios de asistencia financiera vinculada al plan de fondos de pensión equiparado a planes de microseguro.

CAPÍTULO X

DEL REGISTRO DE ENTREGA Y DE LA COMERCIALIZACIÓN DE PLANES DE MICROSEGURO

Artículo 70º. Las sociedades aseguradoras / entidades abiertas de fondos de pensión complementaria que cumplan las condiciones específicas para el funcionamiento y la operación de microseguros deberán registrar en la Susep los planes de microseguros, incluyendo sus condiciones generales y sus reglamentos y, si fuera el caso, sus condiciones especiales y nota técnica actuarial, antes de su comercialización, observando con rigor lo establecido por la presente circular.

§ 1º. Los planes de microseguro deberán ir acompañados de una carta de compromiso firmada por los directores de la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria en las formas establecidas por el Manual del Registro Electrónico de Proceso.

§ 2º. En conformidad con la legislación específica, los planes de fondos de pensión sólo podrán ser objeto de comercialización después de la aprobación previa por parte de la Susep.

Artículo 71º. La Susep podrá ordenar la suspensión de la comercialización del plan de microseguro debido a su inadecuación a la presente circular o de su incompatibilidad con la definición de microseguro.

CAPÍTULO XI

DEL GLOSARIO

Artículo 72º. Los glosarios utilizados por los planes de microseguros deberán cumplir con las definiciones contenidas en el portal de la Susep y, cuando sea posible, utilizar una terminología sencilla y fácil de entender por el asegurado / participante.

CAPÍTULO XII

DE LAS DISPOSICIONES FINALES

Artículo 73º. Se prohíbe la contratación de más de un microseguro que cubra el mismo objeto o interés, excepto en los casos de microseguros de personas, observando lo dispuesto en el artículo siguiente.

Artículo 74º. Sólo será admitida la contratación de hasta dos planes de microseguro de personas sobre el(los) mismo(s) riesgo(s) cubierto(s), para un mismo asegurado / participante, por sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, dentro de períodos de vigencia superpuestos.

§ 1º. La suma de los capitales asegurados o beneficios de los planes de microseguros de personas sobre un mismo riesgo cubierto contratados en la forma del enunciado no podrá exceder los límites máximos establecidos en el artículo 8º de la presente circular.

§ 2º. La existencia de un tercer contrato de microseguro de personas sobre el mismo riesgo cubierto, para un mismo asegurado / participante, con la misma sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, se considerará a todos los efectos como una contratación de seguro de vida / plan de fondos de pensión tradicional, sometiendo a la sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria a las sanciones previstas debido al incumplimiento de este normativo.

Artículo 75º. Las demandas judiciales, entre el asegurado / participante o beneficiario y sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria, que involucren cuestiones a microseguro serán siempre procesadas en la jurisdicción del asegurado / participante o beneficiario, según sea el caso.

Artículo 76º. Se prohíbe el cobro del costo de emisión de póliza en la contratación de microseguro.

Artículo 77º. Los planes de microseguro al que se refiere esta norma sólo se podrán comercializar por sociedad aseguradora / entidad abierta de fondos de pensión complementaria que cumplan las condiciones específicas para el funcionamiento y operación en microseguros.

Artículo 78º. La presente Circular entra en vigencia en la fecha de su publicación.

ROBERTO CARLOS AMORELLI DE FREITAS
Superintendente Sustituto