

Por Laura Agrifoglio Vianna (*)



Diretrizes sobre o tema na Circular Susep 667, de 04/07/2022, e Resolução CNSP 439, de 04/07/2022

Pretendo trazer aqui uma abordagem sobre as diretrizes que irão nortear o mercado segurador, relativamente ao prazo carencial nos Seguros de Pessoas, que foram especificadas na Circular Susep 667/22, bem como na Resolução CNSP 439/22.

As novas normas têm a predisposição de apontar o que deve ser cumprido em termos gerais, deixando margem para as Seguradoras criarem seus produtos desde que observadas estas poucas regras. Ao dispor sobre a carência e seus prazos, constata-se que reeditaram praticamente as regras da Resolução CNSP 117/04, pautando o que deve ser observado com especificidade.

A primeira determinação repete o comando da obrigatoriedade de que tanto franquias quanto carências devem estar com os critérios previstos nas Condições Gerais do plano, constando: a) na Proposta, b) na Apólice, c) no bilhete, d) no Certificado Individual, o que aparece na Circular nº 667/22.

Esta carência, em âmbito securitário, pode iniciar a contar em três momentos: 1) quando começa a vigência securitária; 2) quando existe o aumento do capital segurado; 3) quando ocorre a recondução do contrato, se houver suspensão. Ela se traduz na incoerência de cobertura, em caso de sinistro, até que ocorra o implemento do prazo estipulado contratualmente. Isto poderá ser contratado para que ocorra no todo ou em parte do capital segurado.

No caso de haver contratação de aumento do capital segurado, a nova carência só poderá incidir sobre o montante acrescentado ao anterior. Sobre o capital primevo, havendo sinistro, deve ser coberto.

Foi reafirmado na Resolução 439/22 que a carência não poderá ser maior que metade do prazo de vigência previsto na Apólice, nos seguros individuais, e no Certificado de Seguro, nos seguros coletivos. Isso diz com o princípio da razoabilidade, evitando que haja vantagem além da conta

para o Segurador.

Por outro lado, conforme leciona Andrea Signorino Barbat, a carência geralmente se pactua nos contratos de Seguro em Grupo, de expressiva massa de segurados, nos quais seja difícil e onerosa a obtenção de preenchimento de Declarações de Saúde. Nestes casos de ausência de Declaração, a carência se justifica por estar mais frágil a segurança necessária de conhecimento do grupo que será segurado, inclusive para os cálculos atuariais que conduzirão ao valor do prêmio. Vale observar que o prazo estipulado deve ser do conhecimento expresso do segurado e que não o exime, por outro lado, do pagamento do prêmio.

A carência não se aplica nas ocorrências de Acidentes Pessoais, o que se explica pela sua própria natureza: a subitaneidade e a involuntariedade, somadas à exterioridade, ínsitas ao conceito, impossibilitam lógica em sua existência.

Dessa limitação, está excluído o prazo carencial no suicídio ou sua tentativa, também já determinado na anterior disposição e preconizado na lei civil substantiva. Digamos que a apólice seja contratada por três anos. Há expressa estipulação legal da não obrigatoriedade de cobertura do suicídio nos primeiros dois anos. Nesse caso, só após completar os dois anos é que os beneficiários receberão, ocorrendo o sinistro, ainda que já completada metade da vigência.

Também como já era antes disciplinado, o suicídio está explicitamente equiparado a acidente pessoal, embora seja flagrante que está sendo forcejado este nivelamento, posto que lhe faltam a involuntariedade e a exterioridade, como já exaustivamente demonstrado e debatido pelas Seguradoras junto ao Poder Judiciário, porém sem lograr êxito.

Comanda a Resolução 439/22 que está vedado o cômputo de novo prazo de carência nos casos de renovação da apólice, bem como na migração, o que é lógico e justo, pois após o indivíduo já a haver cumprido uma vez, está desonerado definitivamente naquele contrato. Isto não atinge novos segurados, nem novas coberturas ou seus aumentos, quanto aquele específico montante introduzido. Aí também houve a repetição do comando anterior. De todo modo, para que possa haver a incidência, deve haver expressa menção nas Condições Gerais do seguro.

Houve uma inovação no que tange à ocorrência da morte do segurado em período de carência: a obrigatoriedade de devolução aos beneficiários da PMBaC, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder. A constituição desta Provisão é um dever, compromisso financeiro ínsito às Sociedades Seguradoras ou Entidades Abertas de Previdência Complementar garantidores dos benefícios a conceder. Com o falecimento do segurado em período carencial, a retenção da provisão respectiva ao seu benefício perde a razão, posto que não haverá mais a possibilidade de pagamento da garantia contratual assumida. De tal sorte, procede o mandamento de reversão do montante aos beneficiários do plano contratado, cuja morte no período carencial impossibilitou a concretização.

Pautado está, portanto, o que pode e o que deve ser feito, e o que é salutar e benéfico a ser rigorosamente observado pelas empresas de seguro é dar conhecimento e notoriedade dessas informações relevantes ao segurado, ou ao Estipulante, portando alguma demonstração de que o fez, face ao dever de informação que se exige cada vez mais preciso, claro e inteligível.

(*) **Laura Agrifoglio Vianna** é sócia e fundadora do Agrifoglio Vianna Advogados Associados. Graduada em Ciências Jurídicas e Sociais e em Comunicação Social - Jornalismo, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, possui mais de 35 anos de experiência na área securitária. Atual Diretora Jurídica do CVG-RS (Clube de Vida e Benefícios do Estado do Rio Grande do Sul) é integrante da AIDA - Association Internationale de Droit des Assurances. Autora de vários artigos publicados em revistas especializadas e palestrante em eventos ligados ao mercado segurador.

Fonte: Ruco, em 30.09.2022