



As Apólices à Base de Reclamações no Brasil⁺

Carla Dila Lessa Mendes

Coordenadora do Departamento Técnico Atuarial da Superintendência de Seguros Privados (Susep)
cdila13@yahoo.com.br

Christine de Faria Zettel

Analista Técnico da Divisão de Seguros de Pessoas do Departamento Técnico Atuarial da Susep
czettel@ajato.com.br

Marcelo Bittencourt Ferro Costa

Analista Técnico da Divisão de Seguros de Responsabilidade do Departamento Técnico Atuarial da Susep
marcelobfc@susep.gov.br

Resumo

Este trabalho mostra a evolução das apólices à base de reclamações no Brasil, desde a sua primeira aparição, em 1988, até a edição de uma norma regulatória pela Superintendência de Seguros Privados (Susep).

Além de um breve histórico, são apresentadas as variantes mais comuns das apólices à base de reclamações, tanto no Brasil como no exterior, assim como uma comparação com as apólices à base de ocorrências.

Baseando-se na Circular SUSEP 336/2007, este trabalho explica, didaticamente, o “*modus operandi*” das apólices à base de reclamações, objetivando ser um instrumento útil para os profissionais de seguro.

Palavras-Chave

Apólice à base de reclamações; data de retroatividade; prazo complementar; prazo suplementar; seguro de responsabilidade civil.

Sumário

1. O problema; 1.1. Introdução; 1.2. Objetivo final; 1.3. Objetivos intermediários; 1.4. Delimitação do estudo; 1.5. Relevância do estudo; 1.6. Estrutura do trabalho; 2. Referencial teórico; 2.1. Histórico da legislação no Brasil; 2.2. Apólices “*Claims Made*” no mundo e ramos em que se aplicam; 2.3. Variantes da “*Claims Made*”; 2.4. O modelo brasileiro para as apólices à base de reclamações; 2.4.1. Características básicas das apólices à base de reclamações; 2.4.2. Situação especial nº 1: prazo complementar; 2.4.3. Situação especial nº 2: prazo suplementar; 2.4.4. Situação especial nº 3: transformação da apólice; 2.4.5. Situação especial nº 4: apólice à base de reclamações, com cláusula de notificações; 2.5. Sugestões oriundas da audiência pública e incluídas no modelo; 2.6. “*Claims Made Basis versus Occurrence Basis*”; 3. Conclusão; 4. Referências bibliográficas.

+ Artigo recebido em 04/06/2007. Aprovado em 26/09/2007.



Abstract

The insurance policies written on Claims-Made basis in Brazil

Carla Dila Lessa Mendes

Actuarial Technical Department Coordinator at Superintendência de Seguros Privados – SUSEP (National Insurance Agency)

cdila13@yahoo.com.br

Christine de Faria Zettel

Technical Analyst of Personal Insurance Division at SUSEP's Actuarial Technical Department.

czettel@ajato.com.br

Marcelo Bittencourt Ferro Costa

Technical Analyst of the General Liability Insurance Division at SUSEP's Actuarial Technical Department

marcelobfc@susep.gov.br

Summary

This work shows the evolution of the insurance policies written on claims-made basis in Brazil, from their first appearance, in 1988, to the regulatory norm issued by National Insurance Agency (SUSEP).

Besides a brief description, the most common variants of the insurance policies written on claims-made basis, as well as a comparison with insurance policies written on occurrence basis, both in Brazil and in other countries, are presented.

Based on the Circular SUSEP 336/2007, this work explains, didactically, the “*modus operandi*” of the insurance policies written on claims-made basis, with the purpose to become an useful tool for insurance professionals.

Key Words

Insurance policy on claims-made basis; retroactivity date; complementary validity period; supplementary validity period, liability insurance.

Contents

1. The problem; 1.1. Introduction; 1.2. Final objective; 1.3. Intermediary objectives; 1.4. Study delimitation; 1.5. Study relevance; 1.6. Work structure; 2. Theoretical Reference; 2.1. Historical of the Legislation in Brazil; 2.2. Insurance Policies on “*Claims Made*” basis in the world and insurance branches in which they are applied; 2.3. Variants of the “*Claims-Made form*”; 2.4. The Brazilian model for the insurance policies written on claims-made basis; 2.4.1. Basic characteristics of the insurance policies written on claims-made basis; 2.4.2. Special situation #1: Complementary validity period; 2.4.3. Special situation #2: Supplementary validity period; 2.4.4. Special situation #3: insurance policy transformation; 2.4.5. Special situation #4: insurance policies written on claims-made basis, with notification clause; 2.5. Suggestions derived from public consultancy and included in the model; 2.6. “*Claims Made Basis versus Occurrence Basis*”; 3. Conclusion; 4. References.



Carla Dila Lessa Mendes, Christine de Faria Zettel e Marcelo Bittencourt Ferro Costa

Sinopsis

Pólizas basadas en reclamaciones (*Claims-Made*) en Brasil

Carla Dila Lessa Mendes

Coordinadora del Departamento Técnico Actuarial de la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP).
cdila13@yahoo.com.br

Christine de Faria Zettel

Analista Técnico de la División de Seguros de Personas del Departamento Técnico Actuarial de la SUSEP.
czettel@ajato.com.br

Marcelo Bittencourt Ferro Costa

Analista Técnico de la División de Seguros de Responsabilidad del Departamento Técnico Actuarial de la SUSEP.
marcelobfc@susep.gov.br

Resumen

Este trabajo muestra la evolución de las pólizas basadas en reclamación en Brasil, desde su primera aparición, en 1988, hasta la edición de una norma reguladora por la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP).

Además de un breve histórico, son presentadas las variantes más comunes de las pólizas basadas en reclamaciones, tanto en Brasil como en el exterior, bien como una comparación con las pólizas basadas en ocurrencias.

Con base en la Circular SUSEP 336/2007, este trabajo explica, didácticamente, el “*modus operandi*” de las pólizas basadas en reclamaciones, objetivando ser un instrumento útil para los profesionales de seguro.

Palabras-Clave

Póliza basada en reclamaciones; fecha de retroactividad; plazo complementario; plazo suplementario; seguro de responsabilidad civil.

Sumario

1. El problema; 1.1. Introducción; 1.2. Objetivo final; 1.3. Objetivos intermedios; 1.4. Delimitación del estudio; 1.5. Relevancia del estudio; 1.6. Estructura del trabajo; 2. Referencial teórico; 2.1. Histórico de la legislación en Brasil; 2.2. Pólizas “*Claims Made*” en el mundo y ramos en que se aplican; 2.3. Variantes de la “*Claims Made*”; 2.4. El modelo brasileño para las pólizas basadas en reclamaciones; 2.4.1. Características básicas de las pólizas basadas en reclamaciones; 2.4.2. Situación especial nº 1: plazo complementario; 2.4.3. Situación especial nº 2: plazo suplementario; 2.4.4. Situación especial nº 3: transformación de la póliza; 2.4.5. Situación especial nº 4: póliza basada en reclamaciones, con cláusula de notificaciones; 2.5. Sugerencias oriundas de la audiencia pública e incluidas en el modelo; 2.6. “*Claims Made Basis versus Occurrence Basis*”; 3. Conclusión; 4. Referencias bibliográficas.



1. O problema

1.1. Introdução

Alguns seguros de Responsabilidade Civil (RC), como por exemplo, os seguros profissionais, o seguro D & O (Diretores e Administradores) e os seguros de riscos ambientais se distinguem dos demais seguros de RC e dos seguros de outros ramos pelo fato da reivindicação da garantia poder se dar muito tempo após o término da vigência do contrato.

Esta possível demora na ativação do seguro se deve, primeiramente, à eventual existência de um grande lapso de tempo entre a data em que ocorreu a ação ou omissão que produzirá, futuramente, os danos, e a data em que estes se manifestam de forma evidente. Em segundo lugar, ao fato das apólices de seguro habitualmente comercializadas, denominadas apólices à base de ocorrências (*"occurrence basis"*), poderem ser ativadas, de acordo com o Código Civil, depois que o segurado é citado para responder à ação de indenização proposta pelo prejudicado:

"Art. 206. Prescreve:

§ 1º. Em um ano:

.....
II – a pretensão do segurado contra o segurador, ou a deste contra aquele, contado o prazo:

a) para o segurado, no caso de seguro de responsabilidade civil, da data em que é citado para responder à ação de indenização proposta pelo terceiro prejudicado, ou da data que a este indeniza, com a anuência do segurador;

.....
§ 3º. Em três anos:

.....
V – a pretensão de reparação civil;

.....
IX – a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório;"

Portanto, a lei possibilita que o prejudicado acione o causador do dano até três anos após a ocorrência do evento danoso e, existindo seguro, o segurado dispõe de até um ano, após ser notificado, para formalizar a sua pretensão contra o segurador.

No caso de seguro de responsabilidade civil obrigatório, a ação civil pode ser impetrada diretamente contra o segurador, pelo terceiro prejudicado ou pelo beneficiário, que dispõem de três anos para formalizar a sua reivindicação, contados a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

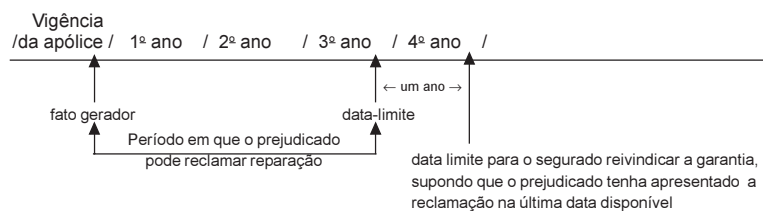
Há, ainda, situações em que pode ser suspensa a contagem de tempo dos prazos prescricionais, permitindo, em tese, que um segurado possa ser acionado por terceiros prejudicados depois de decorrido o prazo normal de prescrição: por exemplo, quando a ação se originar de fato que deva ser apurado no juízo criminal (art. 200, Código Civil).



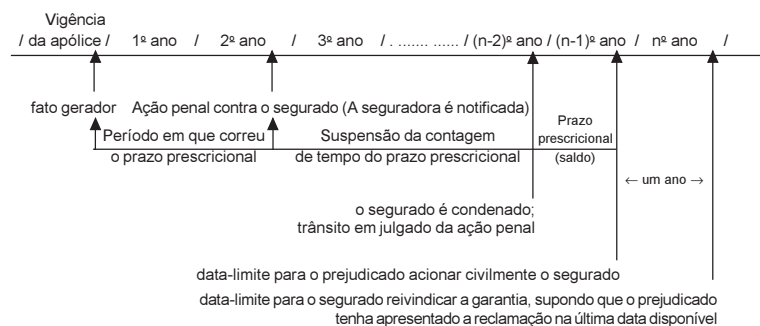
Em tais situações, o segurado também poderia apresentar a sua reivindicação de indenização muito depois de transcorridos quatro anos da ocorrência do evento danoso, o prazo máximo numa situação normal para um seguro de RC (a saber, três anos para o terceiro prejudicado reclamar reparação, e mais um ano para o segurado reivindicar a garantia, após ter sido notificado, supondo um intervalo de tempo pequeno entre a reclamação do prejudicado, na justiça, e a notificação ao segurado).

Os diagramas abaixo ilustram a situação normal e o exemplo citado:

I) Situação normal



II) Situação especial



Estas características obrigam as seguradoras a fazer provisão para sinistros ocorridos, mas não avisados (IBNR – “*Incurred But Not Reported*”), por períodos relativamente longos, utilizando, para tal fim, métodos estimativos que, devido à demora prevista para a sua finalização, podem subestimar ou superestimar substancialmente aquela provisão, nas duas hipóteses causando problemas às seguradoras.

Uma alternativa para contornar a necessidade de fazer provisão de IBNR durante períodos muito longos tem sido a utilização das apólices à base de reclamações (“*claims made basis*”), cujas principais características são:

- as reclamações do terceiro prejudicado devem ser formalmente notificadas ao segurado durante a vigência da apólice (o segurado disporá de um ano para reivindicar a garantia junto à seguradora);
- os eventuais sinistros reclamados devem ter ocorrido entre uma data no passado, denominada data de retroatividade, e o término da vigência da apólice;



- c) ao término de sua vigência, mediante acordo entre as partes, podem ser substituídas por apólices do mesmo tipo, mantendo, porém, a data de retroatividade primitiva – um procedimento conhecido como “renovação”, e que pode se repetir, sucessiva e ininterruptamente, a cada término de vigência;
- d) após cada renovação, a apólice substituída deixa de responder às reclamações do prejudicado, que passam a ser garantidas pela nova apólice (uma exceção a esta regra ocorre quando as partes contratam um tipo especial de apólice, conhecido como apólice à base de reclamações, com cláusula de notificações – não é, no entanto, o caso geral praticado pelo mercado);
- e) em caso de não renovação ou de rescisão, a última apólice da série continua a garantir, durante um período de tempo obrigatório, as reclamações de terceiros prejudicados apresentadas ao segurado, desde que relativas a sinistros ocorridos entre a data de retroatividade e o término da vigência da apólice.

Como cada apólice à base de reclamações responde, exclusivamente, às reclamações (de terceiros) apresentadas (ao segurado) durante a sua vigência, não estão elas sujeitas ao maior problema das apólices à base de ocorrências, a saber, a necessidade de fazer provisão de IBNR por longos períodos.

Em outras palavras, as apólices à base de reclamações, enquanto estiverem sendo sucessivamente renovadas, precisam fazer provisão para sinistros ocorridos, mas não avisados (IBNR), por no máximo um ano após o término de sua vigência (devido ao prazo prescricional previsto no Código Civil). Justificativa: se danos, causados por fato gerador ocorrido entre a data de retroatividade e o término da vigência da apólice, não forem reclamados pelo prejudicado durante a vigência da mesma, tal apólice não responderá por quaisquer reclamações futuras, vinculadas àquele ou a outro fato gerador, cabendo a cobertura, exclusivamente, à apólice que estiver em vigor por ocasião da notificação formal da reclamação; ressalte-se, no entanto, que, se tiver sido apresentada uma reclamação, o segurado disporá de até um ano para reivindicar a garantia junto à seguradora.

Uma outra vantagem das apólices à base de reclamações, quando comparadas com as apólices à base de ocorrências, está no custo para o segurado, isto é, no valor do prêmio.

As apólices à base de reclamações têm descontos significativos nos prêmios, nos primeiros anos do seguro, em relação aos prêmios das apólices à base de ocorrências.

A explicação para tal fato é simples: enquanto as apólices à base de ocorrências continuam ativas após o término de sua vigência, durante os anos seguintes, em função dos prazos prescricionais, em um contrato que utilize sucessivas apólices à base de reclamações, a primeira delas responde pelas reclamações de terceiros apresentadas durante um período de um ano (duração habitual da vigência), a segunda, pelas reclamações apresentadas durante um período de dois anos (um ano entre a data de retroatividade e o início de sua vigência, mais um ano de vigência) e assim sucessivamente.



Portanto, um maior desconto é atribuído à primeira apólice, e descontos sucessivamente menores beneficiam as apólices seguintes, compensados, porém, por outros descontos concedidos em função de um histórico de baixa sinistralidade.

Explica-se, por este raciocínio, o sucesso no exterior das apólices à base de reclamações, principalmente em relação aos seguros de RC Profissional.

No subitem 2.6. vamos comparar apólices de RC típicas, à base de ocorrências e à base de reclamações, no que tange a prazos e prêmios.

Finalizamos com a seguinte indagação, mola-mestra deste trabalho:

Como as apólices à base de reclamações foram introduzidas e normatizadas no mercado securitário brasileiro?

1.2. Objetivo final

Este trabalho pretende contribuir para facilitar o entendimento, pelo mercado securitário, das características das apólices à base de reclamações no Brasil.

1.3. Objetivos intermediários

Como objetivo intermediário relevante, podemos citar o incentivo à utilização, pelo mercado, das apólices à base de reclamações, principalmente em seguros ainda incipientes no Brasil, como os seguros de RC Profissional (pessoa física), de Diretores e Administradores (D&O) e de riscos ambientais.

Um outro objetivo intermediário é facilitar a compreensão, pelo mercado, das etapas de caráter administrativo, técnico e/ou jurídico que deve percorrer a proposição de uma nova norma, por meio da exposição das controvérsias, dificuldades e negociações que antecederam a publicação das circulares reguladoras das apólices à base de reclamações.

1.4. Delimitação do estudo

- a) temporalmente: desde 1988 até o presente;
- b) geograficamente: embora venham a ser citados exemplos de utilização das apólices à base de reclamações em outros países, o nosso estudo estará restrito, basicamente, ao caso brasileiro.

1.5. Relevância do estudo

A exclusão, do ramo de Responsabilidade Civil Geral, dos riscos relacionados com Responsabilidade Civil Profissional e a Responsabilidade Civil de Diretores e Administradores, que passaram a constituir os novos ramos 0078 e 0310, respectivamente, além de refletir uma tendência global, é uma constatação do fato de que tais seguros têm se tornado mais relevantes no mercado securitário brasileiro.

Paralelamente, tem crescido a pressão social por um seguro obrigatório de Responsabilidade Civil por riscos ambientais, havendo projetos de lei em tramitação no Congresso.



Os seguros dos três ramos acima citados são contratados quase que exclusivamente com apólices à base de reclamações, primeiramente para reduzir os riscos das seguradoras e, em segundo lugar, para viabilizar a sua contratação por uma parcela expressiva de segurados, que não teriam como arcar com os prêmios das correspondentes apólices à base de ocorrências.

Nos demais ramos, há algumas situações que recomendariam a contratação dos seguros com apólices à base de reclamações. Por exemplo, a cobertura adicional de fidelidade de empregados no seguro global de bancos.

Os estudos objeto da presente pesquisa têm, como um de seus objetivos, auxiliar o mercado a compreender melhor a mecânica de tais apólices, assim como contribuir para a tomada de decisões relativas à forma de contratação mais adequada para cada seguro.

Acrescente-se que um conhecimento melhor do processo que levou à forma final das apólices à base de reclamações poderá, no futuro, orientar situações análogas, assim como dotar o mercado do conhecimento necessário para fazer sugestões e/ou críticas bem fundamentadas.

1.6. Estrutura do trabalho

O trabalho apresenta, inicialmente, um histórico da legislação brasileira correlacionada com as apólices à base de reclamações. A seguir, descreve algumas variantes de tais apólices, comercializadas em outros países.

Concentra-se, então, na descrição didática do modelo brasileiro das apólices à base de reclamações, já considerando as suas últimas modificações, incorporadas na Circular SUSEP 336/2007, de 22 de janeiro de 2007.

Finaliza comparando as apólices à base de reclamações com as apólices à base de ocorrências, ressaltando que as suas respectivas concepções resultam em diferentes estruturas de precificação.

2. Referencial teórico

2.1. Histórico da legislação no Brasil

As apólices à base de reclamações – “*claims made*” foram concebidas e introduzidas no mercado mundial de seguros pelo “*Insurance Services Office, Inc*” (ISSO), em 1986, quando do lançamento da nova versão da apólice “*Commercial General Liability*” (CGL). Desde então, o novo sistema conquistou o mercado internacional de seguros, e cada país realizou as adaptações necessárias, conforme as respectivas legislações.

As apólices à base de reclamações foram introduzidas, no mercado securitário brasileiro, no ramo Responsabilidade Civil Geral – RCG, em 1988, pelo então Instituto de Resseguros do Brasil – IRB, quando da divulgação das novas bases de aceitação da modalidade RC produtos no exterior.



Em princípio, poderiam ser empregadas em outros ramos de seguro, notadamente naqueles mais suscetíveis ao chamado “*long tail exposure*”, ou seja, naqueles riscos em que a apresentação de uma reclamação pode se dar muito tempo após a ocorrência do fato gerador de danos. No entanto, os seguros que tenderiam a utilizar tais apólices, como RC Profissional, D & O, riscos ambientais, entre outros, eram, então, incipientes no país.

Com a globalização, e também com o aumento da complexidade da sociedade civil, estes seguros começaram a despontar e, por volta de 2000/2001, as seguradoras começaram a submeter à SUSEP os primeiros produtos com apólices à base de reclamações, adaptando clausulados praticados no exterior.

Entretanto, a Secretaria de Direito Econômico – SDE, por meio da Portaria SDE nº 03, de 03 de março de 2001, no seu item 11, com base na Lei 8.078/90 (Código de Defesa do Consumidor), considerou abusivas e lesivas ao consumidor, mais precisamente para contratos de pessoas físicas, as apólices à base de reclamações, uma vez que a limitação temporal da reclamação à seguradora poderia inviabilizar a cobertura dos contratos perto do prazo final da vigência da apólice.

Já para as pessoas jurídicas que contratam o seguro como um insumo de sua atividade econômica, e não como destinatários finais, não se aplicaria a citada Portaria, até mesmo pelas atribuições do Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor – DPDC, circunscritas às relações de consumo, nos termos dispostos nos artigos 2º, 3º e 106º da Lei 8.078/90.

Com o advento do Novo Código Civil (Lei 10.406/2002), com vigência a partir de 11 de janeiro de 2003, o Departamento Técnico-Atuarial da SUSEP – DETEC efetuou estudos que levaram a uma ampla consulta à Procuradoria Geral da SUSEP – PRGER, que, entre outros questionamentos, inquiriu a viabilidade jurídica das apólices à base de reclamações. Esta consulta gerou o Parecer Normativo 5/03.

A dúvida quanto à viabilidade jurídica das apólices à base de reclamações adveio do art. 192 do Novo Código, o qual dispõe que os prazos de prescrição não podem ser alterados por acordo entre as partes.

Vejamos uma situação hipotética:

Um segurado contrata seguro de Responsabilidade Civil Profissional com apólice à base de reclamações. Expirado o prazo de vigência, ele não renova a apólice. Dois anos após o término de vigência do contrato, recebe notificação sobre evento ocorrido durante o período de vigência da apólice.

De acordo com as características da apólice à base de reclamações, segundo o modelo importado praticado, trataria-se de evento não coberto.

Entretanto, o artigo 206, § 1º, inciso II, alínea (a), estabelece prescrição de um ano para a pretensão do segurado contra o segurador, contado o prazo para o segurado, no caso de seguro de responsabilidade civil,



da data em que é citado para responder à ação de indenização proposta pelo terceiro prejudicado, ou da data que a este indeniza, com a anuência do segurador. Portanto, com base neste artigo, o segurado, na situação hipotética imaginada, poderia reivindicar a garantia ao segurador.

Poderia ser argumentado que tal artigo não se aplicaria, no caso das apólices à base de reclamações, já que as mesmas constituiriam um contrato particular, em que as partes estariam renunciando, implicitamente, e de comum acordo, ao prazo prescricional legal.

No entanto, o artigo 192 impede que as partes acordem prazos prescricionais distintos dos previstos na nova lei, e o artigo 424 declara nulas as cláusulas que estipulem renúncia antecipada do aderente, nos contratos de adesão, a direito resultante da natureza do negócio.

Com base no exposto, o Parecer Normativo 5/03, da Procuradoria Geral da SUSEP, concluiu pela inviabilidade jurídica das apólices à base de reclamações, alegando que as modificações prescricionais instituídas pela apólice “*claims made basis*” afrontavam diretamente o disposto no art. 192 do novo Código.

Constatado o impasse, duas alternativas se fizeram imediatamente claras para a SUSEP:

- a) aceitar a inviabilidade jurídica das apólices à base de reclamações e, em conseqüência, dificultar a inserção do mercado securitário brasileiro na tendência globalizante que predomina no setor; ou
- b) buscar uma saída jurídica que viabilizasse a utilização das apólices à base de reclamações no país.

A opção pela segunda alternativa ficou clara com a edição do Parecer SUSEP/PRGER/GAB/RT 15.239/2003, que reinterpreto o Parecer Normativo 05/03.

O Parecer SUSEP/PRGER/GAB/RT 15.239/2003 informa que, para adequar a apólice à base de reclamações ao ordenamento vigente, seria necessária uma reformulação de conceitos e definições, tratando tal modalidade securitária como um seguro especial de responsabilidade civil.

A característica especial do seguro de responsabilidade civil, contratado com apólice à base de reclamações, é a interpretação da reclamação/notificação do terceiro prejudicado, ao segurado, como sendo o sinistro garantido pelo seguro.

Assim, a apólice durante cuja vigência a reclamação é apresentada é aquela que responde pelos danos, mesmo que estes tenham sido originados por fato gerador ocorrido em data não abrangida pela vigência da apólice (porém admitida nas suas disposições).

Em conseqüência, o prazo prescricional para o segurado, previsto no artigo 206 do Novo Código Civil, pertinente aos seguros de responsabilidade civil, que é de um ano, a partir da data da notificação/reclamação (= data da ciência do fato gerador da pretensão), remete este tipo de seguro à regra prescricional comum (art. 206, § 1º, II, “b”).



Por outro lado, deixa de ter relevância o prazo prescricional para o terceiro prejudicado apresentar a sua pretensão de reparação civil (art. 206, § 3º, V e IX), indispensável nas apólices à base de ocorrências, uma vez que o sinistro, nas apólices à base de reclamações, é justamente a apresentação de uma reclamação (pretensão de reparação civil), pelo terceiro prejudicado, ao segurado.

Esta reformulação foi implementada através da Circular SUSEP 235, de 21 de outubro de 2003, que, portanto, viabilizou a comercialização de seguros de responsabilidade civil, contratados com apólices à base de reclamações, exclusivamente para segurados pessoas jurídicas.

A Circular SUSEP 235/03 foi substituída pela Circular SUSEP nº 252, de 26 de abril de 2004, que passou a admitir a possibilidade de contratação de data retroativa de cobertura anterior ao início da vigência da primeira apólice, inclusive nas renovações.

Em 7 de dezembro de 2004, a Secretaria de Direito Econômico (SDE) publicou a Portaria 24, revogando o item 11 da Portaria SDE 03, de 03 de março de 2001, que considerava abusivos os contratos de seguro de responsabilidade civil à base de reclamações (*"claims made basis"*) cujos segurados fossem pessoas físicas.

A SUSEP propôs, então, a alteração da norma vigente, a saber, a Circular SUSEP 252/2004, de forma a contemplar, também, as pessoas físicas. O normativo que substituiu a Circular SUSEP 252/2004, foi a Circular SUSEP 336/07, de 22 de janeiro de 2007.

A nova Circular, além de contemplar a alteração disposta acima, possui uma nova ordenação em seu clausulado, com o objetivo de facilitar o seu entendimento pelo mercado, o que a faz diferente, de forma expressiva, em relação à Circular SUSEP 252/2004.

Outras alterações decorrentes da audiência pública da norma estão comentadas no subitem 2.5.

2.2. Apólices "Claims Made" no mundo e ramos em que se aplicam

As apólices à base de reclamações se aplicam principalmente aos seguros de riscos que apresentam uma latência prolongada, isto é, aqueles em que os danos podem se tornar perceptíveis muito tempo depois do término de vigência do contrato e, conseqüentemente, estendem a ativação do seguro por parte do segurado. São exemplos tradicionais o RC Profissional, o D&O, o RC produtos exterior e o seguro de RC de riscos ambientais, entre outros.

Nestes seguros, uma das principais dificuldades é caracterizar o momento exato em que ocorreu o sinistro, de forma a identificar a apólice competente para o pagamento da indenização devida. Essa característica obriga as seguradoras, no caso de apólices à base de ocorrências, a constituírem a reserva de IBNR por longos períodos de tempo. Uma solução para contornar este problema foi a criação das apólices à base de reclamações.



O seguro de RC Profissional cobre as reparações devidas a terceiros em consequência de danos causados pelo segurado durante o exercício de sua atividade profissional. Já o seguro de D&O (*“Directors and Officers”*) é um seguro para administradores e diretores de empresas, e cobre as indenizações reparadoras de falhas ou omissões na gestão da empresa, por parte do segurado, durante o desempenho das atividades inerentes a seu cargo.

O seguro de RC produtos no exterior garante, basicamente, indenizações ao segurado por danos ou prejuízos de sua responsabilidade, causados a terceiros por produtos fabricados e distribuídos em países estrangeiros.

O seguro de RC de riscos ambientais cobre as indenizações resultantes da responsabilidade civil do segurado em virtude de lesões, danos patrimoniais e perdas financeiras causadas a terceiros. Em geral, a maioria dos seguros de riscos ambientais cobre apenas o risco ambiental acidental, súbito ou inesperado, excluindo os danos causados por acumulações graduais ou paulatinas, como a poluição gradual, os quais podem demorar a se tornar perceptíveis. A cobertura mais abrangente, envolvendo o risco de poluição gradual, é de difícil subscrição.

Esta cobertura pode ser encontrada em alguns poucos países, como, por exemplo, Espanha, EUA, Itália, França, entre outros. No entanto, cada país adota seus próprios clausulados, como será visto em alguns exemplos mais adiante.

Apesar das limitações impostas pela maioria dos mercados em relação à cobertura para poluição gradual, muitos tribunais americanos decidiram em favor dos segurados, mesmo nos casos de contaminação, de solo e de água, de natureza gradual.

A apólice à base de ocorrências não podia resolver toda a questão dos seguros de responsabilidade civil dentro dos padrões que sempre foram adotados, e este problema causou perdas financeiras de difícil recuperação, levando muitas seguradoras e resseguradoras a quebrar.

A apólice *“claims made”* e seus desdobramentos surgiram em meados da década de 80, nos EUA, não só para tentar resolver o problema do seguro de poluição ambiental, como também para moderar a onda de pedidos de indenizações que assolava aquele país envolvendo ações relativas a danos ambientais e também aos causados por produtos defeituosos e perigosos para a saúde humana.

Destas ações, uma das que mais teve repercussão foi aquela relacionada ao caso amianto/asbesto, produto que prejudicou a saúde e causou a morte de muitas pessoas nos EUA e em muitos outros países. Na época, verificou-se que a *“claims made”* clássica não era a apólice mais adequada para lidar com este tipo de sinistro, e as seguradoras implementaram uma variante, baseada no princípio da primeira manifestação, que mais adiante detalharemos, e cujos mecanismos se mostraram mais eficazes para este tipo de risco.



Uma forma de perceber as diferenças conceituais entre as apólices à base de ocorrências e à base de reclamações é compará-las diante de um sinistro hipotético de poluição ambiental gradual, a partir da apresentação da seqüência de acontecimentos, desde o fato gerador do sinistro até a sua constatação/manifestação, no que se convencionou chamar de “cadeia de fatos”.

Os fatos foram os seguintes:

Um determinado tanque subterrâneo foi fabricado no ano de (a) 1996. Ele foi entregue ao seu comprador em (b) 1997. Apresentou microfissuras na sua base a partir de (c) 1999. Gotejou incessantemente o produto tóxico nele estocado por três anos consecutivos, até (d) 2002. O vazamento se manifestou em (e) 2002, com sérios prejuízos causados ao lençol freático da região onde se encontrava instalado. A ocorrência foi notificada à seguradora em (f) 2002. A apresentação da primeira reclamação de indenização formal por determinada terceira pessoa prejudicada ocorreu em (g) 2004.

Diante dos fatos narrados, várias questões surgem:

Quando o sinistro teria ocorrido, de modo a caracterizar a apólice competente para indenização?

Seria no momento em que o fato gerador (as microfissuras) se manifestou – (c) – e, neste caso, a apólice competente seria a vigente em 1999? Ou seria uma das três apólices subseqüentes (d), quando houve o gotejamento que provocou, de fato, os danos reclamados?

Seria durante a vigência da apólice (e), durante a qual houve a “manifestação” do sinistro, quando ele se tornou conhecido pela primeira vez, embora o conceito de sinistro à base de ocorrências determine que a apólice só cobrirá sinistros ocorridos durante a sua vigência, podendo a data de “manifestação” do sinistro não ser considerada como data de ocorrência do sinistro?

Poderia ser a apólice (f), durante a qual houve a comunicação do segurado à seguradora? Ou, ainda, durante a apólice (g), quando o terceiro formalizou a reclamação ao segurado?

Para evitar todas essas dúvidas e discussões em torno do exato momento do sinistro, com a finalidade de descobrir a apólice competente, a maioria dos mercados utiliza, para este segmento de risco, as apólices à base de reclamações.

Outras figuras técnicas que são partes essenciais de uma apólice “*claims made*” são o período de retroatividade de cobertura e o período suplementar para a apresentação de reclamações.

O período de retroatividade é limitado, inferiormente, pela data de retroatividade, e superiormente pela data de início da vigência da apólice.



Os eventos danosos ocorridos durante o período de retroatividade estão garantidos pelo seguro, desde que apresentada reclamação, ao segurado, durante a vigência da apólice. Esta é uma diferença fundamental entre as apólices à base de ocorrências e as apólices à base de reclamações: as apólices “*claims made*” possibilitam cobertura para eventos danosos ocorridos em data anterior à sua vigência.

Normalmente, a data de retroatividade coincide com a data de início de vigência da primeira apólice de uma série sucessiva de apólices. À medida que as apólices vão sendo renovadas, a data de retroatividade original é mantida, de forma que o período de retroatividade vai se ampliando, incorporando, a cada renovação, a vigência da apólice substituída, e assim sucessivamente. Ressalte-se a possibilidade da data de retroatividade poder ser fixada, mediante acordo entre as partes, em data anterior ao início de vigência da primeira apólice.

O período suplementar, cabível na hipótese de não renovação da apólice em situações normais (excluídos, por exemplo, a falta de pagamento do prêmio ou impedimento legal), é uma extensão, para além do término da vigência da apólice, da cobertura do seguro relativa à apresentação de reclamações de terceiros ao segurado.

O período suplementar se subdivide em dois prazos: um que se inicia imediatamente após o término de vigência da apólice, concedido sem ônus, obrigatoriamente, pela seguradora, chamado prazo automático (no Brasil, prazo complementar), e outro, oneroso, de contratação facultativa pelo segurado, que se inicia após o término do prazo automático, denominado prazo suplementar.

Tanto o período de retroatividade como o período suplementar são essenciais para os seguros de risco de longa latência. Sem eles, a “*claims made*” perderia bastante a sua eficácia.

Os mercados estrangeiros, que há algum tempo já comercializam o seguro de RC riscos ambientais, entenderam que o modelo “*claims made*”, apesar de mais adequado, não consegue atender completamente às complexas questões que envolvem o tema “poluição ambiental”. Com isso, ocorreram desdobramentos nos clausulados internacionais, e estes mercados passaram a adotar o modelo da “primeira manifestação”. A principal característica dos seguros que adotam este modelo é que a apólice competente para pagamento da indenização é aquela em vigor na data da descoberta/da manifestação do dano, não importando a data em que a reclamação será feita. A data da descoberta/da primeira manifestação funciona como uma espécie de “*trigger*” (disparador), para sinalizar a apólice a ser acionada.

Pode-se dizer que a apólice da “primeira manifestação” é uma variante da “*claims made*” tradicional, pois possui muitos dos seus elementos (retroatividade de cobertura, período suplementar, entre outros).

Voltando ao exemplo anterior, do tanque que apresentou microfissuras e que ocasionaram um vazamento, se a apólice tivesse sido contratada à base da primeira manifestação, a apólice competente para indenizar o sinistro seria aquela vigente em 2002, quando houve a descoberta do



dano devido ao vazamento do produto tóxico, pois até então os danos não haviam se tornado perceptíveis. Mas se a apólice tivesse sido contratada à base de reclamações, como o terceiro prejudicado apresentou reclamação somente em 2004, a apólice vigente neste ano é que responderia pelos prejuízos.

O modelo à base da primeira manifestação tem sido adotado por vários países, como por exemplo, a França, os EUA e a Alemanha.

Na França, o modelo da “*claims made*” tradicional foi bastante combatido e até mesmo proibido pela Corte de Cassação desde o início da década de 90. Somente em 2002, com a introdução de um novo artigo – o L.251-2 – no Código de Seguros francês, é que passou a ser admitida a contratação de apólices “*claims made*” para o setor de saúde (hospitais, médicos, enfermeiras e companhias farmacêuticas etc.). Mais adiante, em 2003, o Código de Seguros francês passou por uma nova e importante modificação, com a introdução de um novo artigo – o L.124-5 –, que estendeu a permissão de comercialização da “*claims made*” para o todos os segmentos de seguro, exceto para pessoas físicas fora do âmbito de sua atividade profissional.

Inicialmente, o clausulado francês vigente em 1991 não era claro quanto ao “*trigger*” da apólice, e dava a entender que só estariam cobertos os fatos e danos gerados dentro do período de vigência da apólice, o que não era exatamente o princípio da “*claims made*”, resultando daí vários problemas judiciais. Posteriormente (1993), o “*pool*” francês de seguradoras ASSURPOL – “*Groupment Pour L’Assurance des Risques de Pollution*”, modificou os termos do seu clausulado e adotou o modelo à base da primeira manifestação.

Além de cobrir os riscos dos sinistros que tiveram a primeira constatação durante o período de vigência da apólice, o mesmo previa, no caso de cancelamento da apólice (exceto por motivo de não-pagamento de prêmio), a cobertura para os danos cuja primeira manifestação tivesse ocorrido dentro de cinco anos após o término de vigência da apólice, desde que o fato gerador tivesse se originado durante a vigência da mesma.

Com relação ao período de suplementação utilizado pelo “*pool*” francês, ele não é comum, sendo dificilmente encontrado em modelos de outros países. Diferentemente de outros clausulados, este não só permite que possa haver reclamações durante o prazo de cinco anos após o término de vigência da apólice (suplementar) como também permite que possa ocorrer a “primeira manifestação” do sinistro nesse período, desde que o fato gerador tenha comprovadamente se iniciado durante o prazo de vigência do seguro. Esta cláusula cria uma situação imprópria, que é a de permitir que a primeira manifestação se dê após a vigência do contrato. Na prática, a última apólice, se não renovada, acaba tendo os efeitos de uma apólice à base de ocorrências, considerando-se que o sinistro de fato foi gerado durante o período de vigência, mas que não era ainda conhecido.

Além disso, a apólice ainda prevê uma franquia para o segurado, a ser aplicada a qualquer sinistro, ficando a seguradora com o excedente, de acordo com o seu limite de cobertura.



O “pool” espanhol de riscos de meio ambiente (PERM, “*Pool Español de Riesgos Medioambientales*”), que opera com apólices à base da primeira manifestação, é taxativo na questão do período suplementar para o seguro de poluição gradual, admitindo um prazo máximo de dois anos após o término de contrato do seguro para que a reclamação do sinistro seja feita, desde que a primeira manifestação do sinistro tenha ocorrido dentro do prazo de vigência do seguro.

Quanto à retroatividade, a Lei Espanhola sobre Contratos de Seguros (Lei 50, de 08.10.1980) determina que a seguradora deve considerar pelo menos um ano de retroatividade sempre que emitir uma apólice “*claims made*”.

No Brasil, as apólices “*claims made*” foram introduzidas pelo IRB no seguro de Responsabilidade Civil Geral, na modalidade RC produtos no exterior, em 1988.

A primeira apólice brasileira para seguros ambientais (1991/1997) foi estruturada na base “*claims made*”, e se baseou no modelo adotado para seguro de RC produtos no exterior. Ela abrangia também a cobertura para poluição gradual.

O clausulado brasileiro previa, dentre outros termos, que a data de retroatividade poderia ser igual ao primeiro dia de vigência de um contrato de seguro ou outra estabelecida na apólice. O prazo automático/complementar para reclamações seria de 60 dias ou cinco anos (neste último caso desde que o segurado houvesse comunicado a ocorrência do sinistro dentro do prazo de 60 dias após o término do contrato). Já o prazo suplementar resgatava os prazos prescricionais da apólice, transformando-a em uma apólice à base de ocorrências, e exigia a cobrança de prêmio adicional.

A Circular SUSEP 336/2007 altera esses prazos, estabelecendo prazo complementar mínimo de um ano, e que o prazo suplementar deverá incluir, entre as opções oferecidas ao segurado, o prazo de um ano. Os detalhes destas alterações serão mostrados no subitem 2.5.

Em outros países, o prazo complementar normalmente é de 12 meses, e o prazo suplementar pode ser fixado dentro de períodos de tempo inferiores à prescrição legal (de 5 a 10 anos na maioria dos países), como por exemplo, 24 ou 60 meses.

A extensão do prazo de apresentação de reclamações é fundamental para os riscos sujeitos à longa latência, pois, como já vimos, há várias situações de danos que poderão ser reclamadas por terceiros, no futuro, e, neste caso, mesmo não existindo mais o seguro, se comprovado que o fato gerador ocorreu dentro do período de vigência do contrato, o segurado terá direito à garantia.

Nos seguros RC Produtos e RC Profissional, mesmo não existindo mais o seguro, seja por não ter havido renovação, ou por ter sido este renovado em outra seguradora, há várias situações envolvendo danos



que, reclamadas pelos terceiros prejudicados, estarão garantidas pelo seguro, bastando que o fato gerador tenha se dado durante a vigência da apólice. Nesses seguros, é mais fácil comprovar a data em que ocorreu o fato gerador do dano futuro. Por exemplo: uma operação malfeita, um produto farmacêutico administrado que causou lesões etc.

No caso do seguro de riscos ambientais, a questão do período suplementar é bastante complexa, pois é muito mais complicado determinar o fato gerador e o seu período completo de latência em relação a um acidente ambiental, ocorrido anos depois do término de vigência de uma apólice de RC poluição ambiental, do que determinar se um dado produto foi o causador de uma lesão corporal, decorrente de seu uso, anos depois. Pode acontecer do período suplementar não ser eficiente para o caso do seguro RC riscos ambientais.

Há autores (POLIDO, 2005) que consideram que seria melhor não existir a possibilidade de contratação de período suplementar para o seguro de RC riscos ambientais, tal como ocorre em outros seguros, como, por exemplo, vida, incêndio, roubo, etc. No incêndio, mesmo que haja renovação do contrato por muitos anos, quando o contrato não é mais renovado, na hipótese de ocorrência de um incêndio, nada deverá ser indenizado por intermédio dele. Polido acredita que, em um futuro próximo, não haverá cobertura para seguro de riscos ambientais sob a égide da responsabilidade civil, bastando existir coberturas para as conseqüências do dano ambiental.

Por enquanto, os mercados internacionais continuam aplicando o período suplementar para os seguros de RC riscos ambientais, sempre que não há renovação da apólice, seja na “*claims made*” tradicional ou à base da primeira manifestação.

No modelo americano de seguros de riscos ambientais, o período suplementar admite um prazo automático, não oneroso, de 6 meses, e um prazo suplementar de 3 anos, contratado mediante pagamento de prêmio adicional, com vigência a partir do término do prazo automático.

No entanto, a característica que faz o modelo americano de seguro de riscos ambientais se diferenciar daqueles utilizados em outros países é a subdivisão do seguro em duas coberturas distintas, que podem ser contratadas separadamente.

Por exemplo, o seguro de Limpeza e Responsabilidade Civil para Sistemas de Tanques de Armazenagem (versão 1999) cobre vazamentos ocorridos durante a vigência da apólice e/ou durante o seu período de retroatividade, tempestivamente notificados, de acordo com as seguintes opções de cobertura:

- a) cobertura dos custos de limpeza e recuperação decorrentes de vazamentos, reclamados por autoridades governamentais; e/ou
- b) cobertura das perdas e danos, decorrentes dos vazamentos, reclamados por terceiros prejudicados, excluídas as autoridades governamentais.



2.3. Variantes da “Claims Made”

Há vários tipos de sistemas de apólices, os quais podem ser considerados como variações da apólice à base de reclamações tradicional, como, por exemplo, à base da primeira manifestação (já comentada na seção anterior), à base de notificações, baseada no ato cometido, de cobertura restrita e baseada na descoberta do sinistro. O principal diferenciador delas é o marco (“*trigger*”) que caracteriza a apólice que será competente para indenizar o sinistro.

As apólices à base de notificações são utilizadas especialmente nos seguros de RC Profissional, sendo que o “*trigger*” nesta apólice é representado pela notificação, pelo segurado, à seguradora, de um incidente ocorrido durante o desempenho da atividade profissional. Um exemplo desse produto é o “*Medical Malpractice*”.

Assim como a apólice “*claims made*”, as apólices à base da primeira manifestação e à base de notificações também prevêem as cláusulas de ampliação do prazo para apresentação da notificação/manifestação do sinistro.

Um outro tipo de apólice é aquele que se baseia no ato cometido, que utiliza a data do fato gerador do dano para caracterizar a apólice competente para o pagamento da indenização, não importando quando o dano propriamente se efetivou e nem mesmo a data em que a reclamação foi apresentada. Considere o exemplo de uma apólice baseada no ato cometido:

O segurado cometeu um erro de projeto em 1995. O dano só se efetivou em 1996, durante a fase de execução da obra, e o terceiro prejudicado somente reclamou em 1997. Neste caso, a apólice a ser acionada para fins de indenização é a de 1995.

Há ainda a apólice baseada em cobertura restrita, que cobre somente os sinistros ocorridos e reclamados durante a vigência da mesma, sem apresentar qualquer prazo de retroatividade ou de prescrição. Este tipo de apólice não é recomendável para os seguros de RC, dadas as suas características inerentes.

Já a apólice à base da descoberta é bem semelhante à apólice à base de reclamações, e garante ao segurado os sinistros descobertos durante a sua vigência, não importando a data do dano.

2.4. O Modelo Brasileiro para as apólices à base de reclamações

2.4.1. Características básicas das apólices à base de reclamações

De acordo com a Circular SUSEP 336/07, as apólices à base de reclamações, no Brasil, terão as seguintes características básicas:

- a) o segurado pode ser pessoa física ou pessoa jurídica;
- b) o seguro é de responsabilidade civil, isto é, cobre as quantias que o segurado for condenado a pagar, pela Justiça Civil, relativas a indenizações reparatórias por danos causados a terceiros,

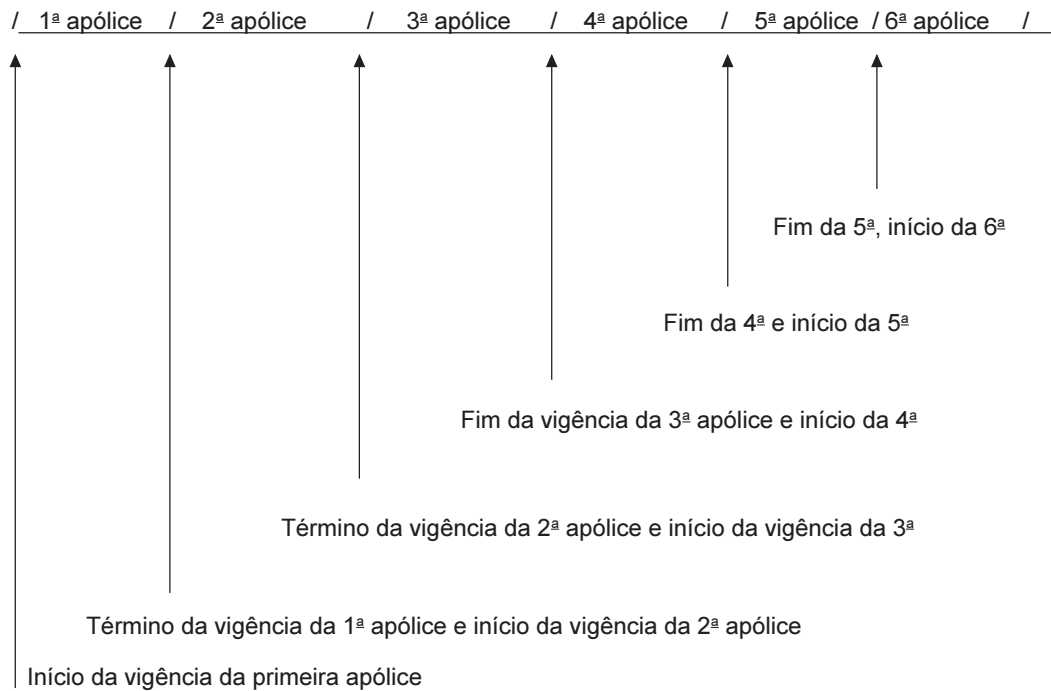


- vinculados a fatos geradores ocorridos entre uma data fixa, no passado, inclusive, e o término da vigência da apólice;
- c) os fatos geradores contemplados pelo seguro devem estar expressamente previstos na apólice, exceto se esta for do tipo “*all risks*”, isto é, cobrir os danos, causados a terceiros, vinculados a quaisquer fatos geradores;
 - d) o sinistro é definido como a notificação/apresentação, ao segurado, de uma reclamação de danos, efetuada por terceiro prejudicado, durante a vigência da apólice, respeitadas as suas demais disposições;
 - e) o seguro pode ser renovado, sucessiva e ininterruptamente, mediante acordo entre as partes, extinguindo-se a cobertura de cada apólice às 24 horas da data do término de sua vigência, sendo substituída por uma nova apólice cuja vigência se inicia à zero hora do dia imediatamente seqüente à data retromencionada. Por exemplo, se a apólice “N” tem término de vigência às 24 horas do dia 31 de outubro do ano X, a apólice “N+1”, que a sucede, tem início à zero hora do dia 1º de novembro do ano X e, a partir desta data, a apólice “N” não poderá mais ser acionada;
 - f) as apólices sucessivas cobrem, todas, o mesmo risco, e estão vinculadas aos mesmos fatos geradores, e somente são acionadas quando uma reclamação é apresentada, ao segurado, durante a sua vigência. No exemplo citado acima, se a reclamação for apresentada no dia 31 de outubro, será a apólice “N” que responderá pelo sinistro; no entanto, se a reclamação for apresentada no dia 1º de novembro, a apólice “N+1” será acionada, mesmo que o prejudicado tenha impetrado a ação contra o segurado, na Justiça, durante a vigência da apólice “N”;
 - g) a data fixa, no passado, mencionada na alínea (b), acima, é denominada “data de retroatividade” e é conservada, obrigatoriamente, a cada renovação do seguro. Uma determinada apólice é acionada se for apresentada, durante a sua vigência, uma reclamação vinculada a fato gerador ocorrido entre a data de retroatividade, inclusive, e o término de sua respectiva vigência, inclusive;
 - h) o intervalo de tempo limitado, inferiormente, pela data de retroatividade, inclusive, e superiormente, pela data de início de vigência de cada apólice, exclusive, é denominado o “período de retroatividade” daquela apólice;
 - i) a data de retroatividade não pode ser fixada em data posterior ao início da vigência da primeira da série sucessiva de apólices do seguro. No entanto, mediante acordo entre as partes, pode ser fixada em qualquer data anterior ao início da vigência daquela primeira apólice;
 - j) as partes também podem acordar um período de retroatividade ilimitado inferiormente, isto é, que cada apólice, da série sucessiva e ininterrupta, cubra as reclamações apresentadas durante a sua vigência, relativas a danos causados por fatos geradores ocorridos em qualquer data anterior ou igual ao término de sua vigência;



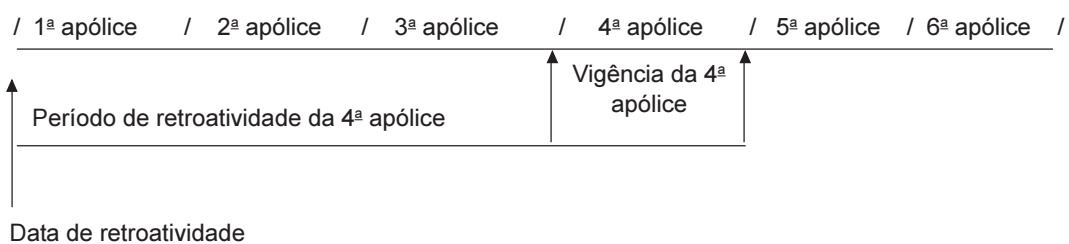
k) os diagramas abaixo ajudam a esclarecer o funcionamento das apólices à base de reclamações:

l)



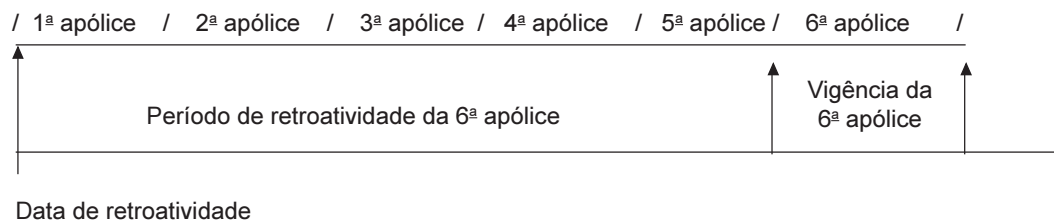
Data de retroatividade \leq início da vigência da primeira apólice.
(A data de retroatividade não pode ser posterior ao início da vigência da primeira apólice).

II)

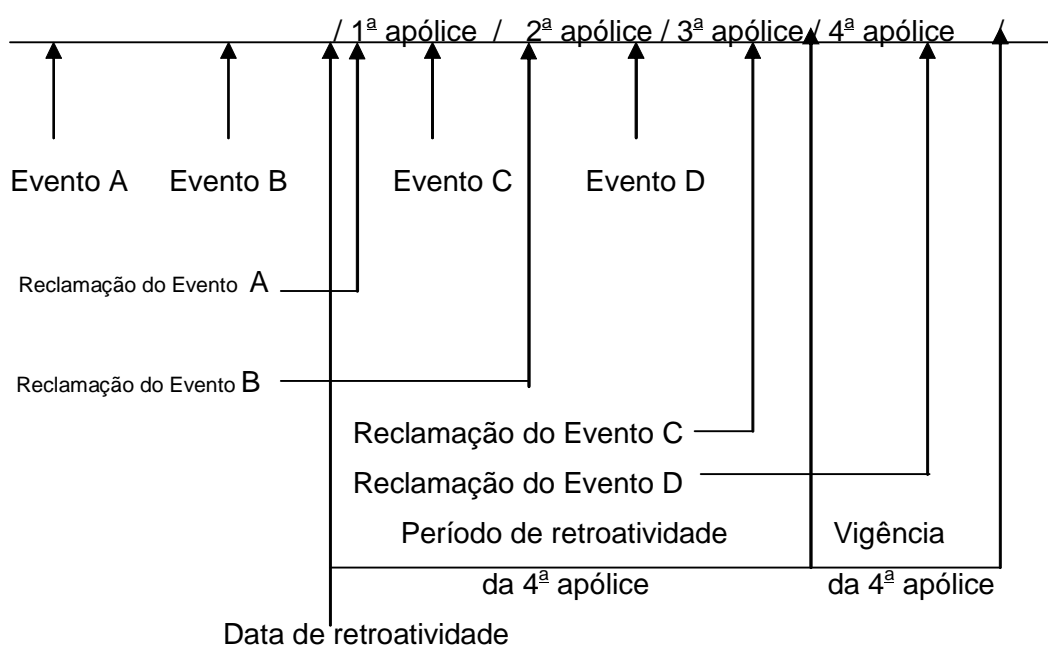




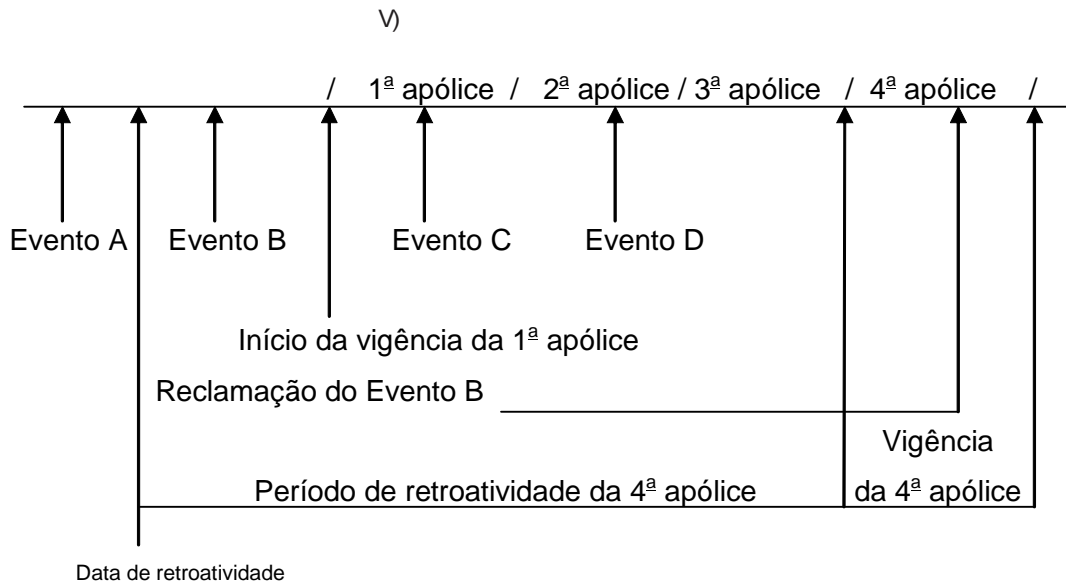
III)



IV)

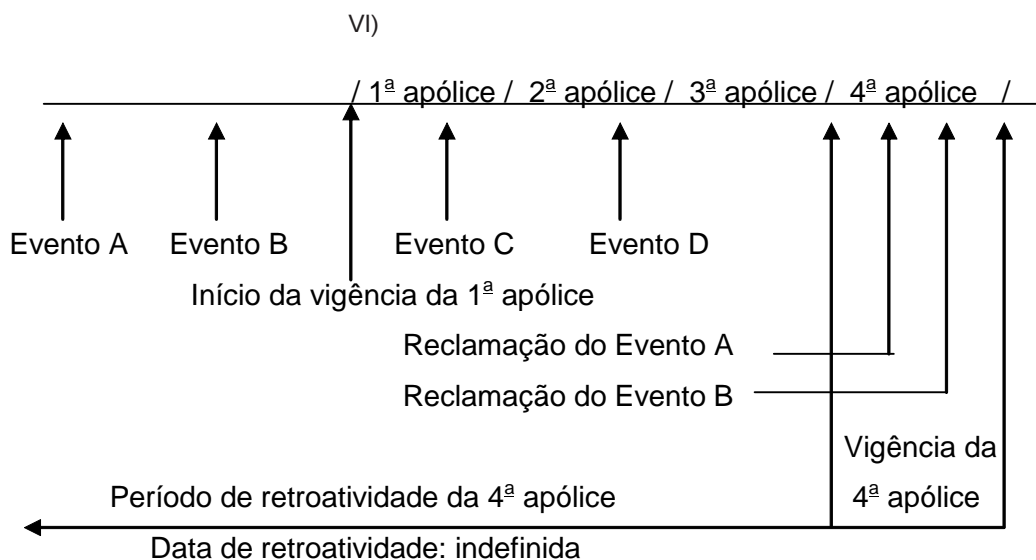


Na situação acima, reclamações relativas aos Eventos A ou B (Evento = ocorrência de fato gerador) não estariam contempladas pelo seguro; a reclamação relativa ao Evento C acionaria, exclusivamente, a 3ª apólice; e a reclamação relativa ao Evento D seria atendida, exclusivamente, pela 4ª apólice.



Na situação acima, a data de retroatividade foi fixada anteriormente ao início da vigência da 1ª apólice. O Evento B estaria, então, contemplado pelo seguro a partir do início da vigência da 1ª apólice.

No entanto, seria acionada apenas a apólice em cuja vigência a reclamação do prejudicado fosse, de fato, apresentada.

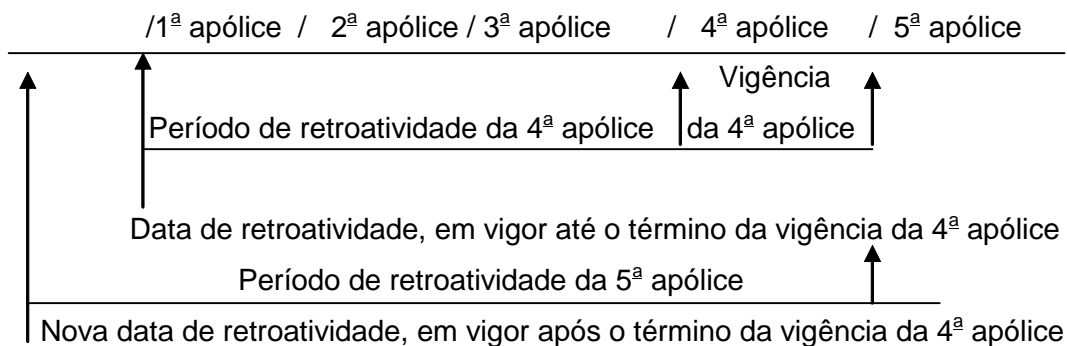




Na situação acima, não foi fixada uma data de retroatividade, isto é, o período de retroatividade não é limitado inferiormente, de modo que os Eventos A e B, ocorridos antes da contratação do seguro, estariam contemplados a partir do início da vigência da 1ª apólice.

No entanto, somente seriam acionadas as apólices em cuja vigência as reclamações dos prejudicados fossem apresentadas ao segurado, sendo admissível que uma mesma apólice contemplasse as duas reclamações (respeitados o limite máximo de indenização (LMI), o limite máximo de garantia da apólice (LMG), se existente, e o limite agregado – ver definições nas alíneas (n), (o) e (p)).

- l) quando fixada uma data de retroatividade anterior ao início da vigência da 1ª apólice, ou acordado período de retroatividade não limitado inferiormente, o segurado deve fornecer declaração, por ocasião da celebração do contrato, informando desconhecer quaisquer eventos passados que possam originar, no futuro, uma reclamação; a comprovação da falsidade de tal declaração é motivo para o cancelamento do seguro, sem que o segurado tenha direito à indenização ou à devolução do prêmio;
- m) no início da vigência de qualquer uma das apólices sucessivas e ininterruptas que constituem o seguro, as partes podem acordar uma nova data de retroatividade, anterior àquela até então vigente, ou mesmo estabelecer período de retroatividade não limitado inferiormente;



- n) o limite máximo de indenização (LMI), é o limite máximo de responsabilidade da seguradora, relativa à reclamação, ou série de reclamações decorrentes do mesmo fato gerador, apresentadas ao segurado durante a vigência de uma das apólices da série sucessiva que constitui o seguro; cada uma das coberturas contratadas no seguro tem o seu respectivo LMI estabelecido de forma independente, não havendo comunicação entre eles; na hipótese de ser paga indenização correspondente ao LMI de uma cobertura, o contrato de seguro será cancelado em relação àquela cobertura;



- o) o limite máximo de garantia da apólice (LMG) é de estipulação opcional, estando presente naquelas apólices que incluem diversas coberturas; seu valor é inferior à soma dos LMI das coberturas, sendo acionado quando é apresentada, durante a vigência da apólice, uma reclamação garantida por mais de uma das coberturas contratadas; na hipótese de ser paga indenização correspondente ao LMG, o contrato de seguro será totalmente cancelado;
- p) o limite agregado de uma cobertura é uma grandeza variável, sendo o seu valor inicial definido como o produto do LMI por um fator maior ou igual a 1 (um), estipulado no contrato; na hipótese de apresentação de diversas reclamações independentes, garantidas por uma mesma cobertura, durante a vigência de uma apólice, as indenizações pagas (sempre inferiores ao LMI) vão sendo abatidas daquele valor inicial, passando os correspondentes saldos a representarem os novos valores do limite agregado; na hipótese do saldo se anular, o contrato relativo àquela cobertura é cancelado;
- q) não há reintegração nos seguros de responsabilidade civil contratados com apólices à base de reclamações; o objetivo do limite agregado é contornar, parcialmente, a inexistência desta reintegração;
- r) na hipótese de haver alterações no limite máximo de indenização – LMI, de qualquer cobertura ou no limite máximo de garantia da apólice – LMG, ou, ainda, de haver inclusão de novas coberturas no seguro, deverá estar claro nas condições da apólice qual o período de retroatividade a ser estipulado para tais modificações. Os critérios usados para isso são:
 - I – critério abrangente: adota o período de retroatividade acordado antes da introdução das modificações;
 - II – critério restritivo: redefine, exclusivamente para as modificações introduzidas, o limite inferior do período de retroatividade, fixando-o como coincidente com o início da vigência das alterações. Sendo estas o aumento do LMI ou do LMG, o novo período de retroatividade se aplica apenas aos respectivos acréscimos daqueles limites, prevalecendo o período de retroatividade anterior relativo aos valores primitivos do LMI e do LMG.

2.4.2. Situação especial nº 1: prazo complementar

Na hipótese da série sucessiva de apólices à base de reclamações ser interrompida por um dos motivos abaixo relacionados, o segurado terá direito a garantia, sem qualquer ônus, relativa às reclamações de terceiros apresentadas dentro de um período de tempo imediatamente seqüente ao término da vigência ou cancelamento da última apólice à base de reclamações do contrato, ou, na situação descrita na alínea (d), após o cancelamento de uma cobertura:

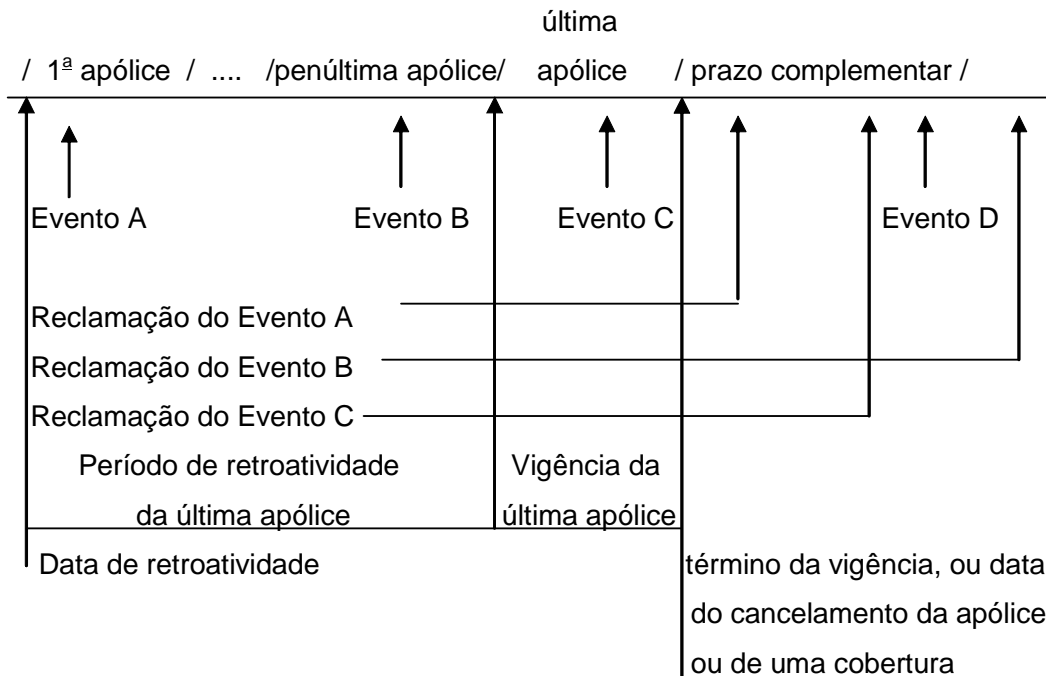
- a) falta de interesse da seguradora e/ou do segurado na renovação;
- b) substituição da apólice, ao final de sua vigência, por uma apólice à base de ocorrências;
- c) cancelamento do seguro, excetuadas as hipóteses de determinação legal, falta de pagamento do prêmio, ou ter sido atingido o LMG da apólice;
- d) cancelamento de alguma das coberturas contempladas pelo contrato, excetuadas as hipóteses de determinação legal ou esgotamento do limite agregado da cobertura;

Este período de tempo de extensão da garantia é denominado prazo complementar, e tem duração mínima de 1 (um) ano.



Carla Dila Lessa Mendes, Christine de Faria Zettel e Marcelo Bittencourt Ferro Costa

O diagrama a seguir esclarece:



As reclamações relativas aos Eventos A e C, por terem sido efetuadas dentro do prazo complementar, estariam contempladas pela última apólice do seguro.

O Evento D não poderia ser reclamado em tempo algum.

A reclamação relativa ao Evento B não estaria amparada pelo seguro, porque foi feita após o prazo complementar. Estaria, no entanto, contemplada na hipótese do segurado ter contratado prazo suplementar adequado (ver Situação especial nº 2).

2.4.3. Situação especial nº 2: prazo suplementar

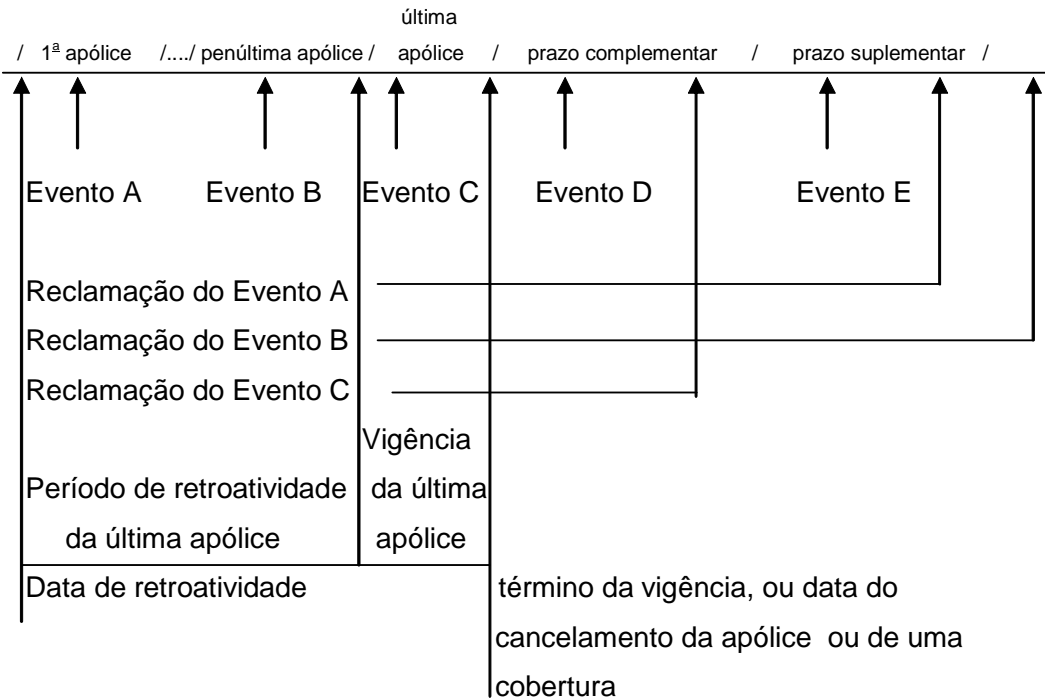
A seguradora deverá obrigatoriamente oferecer ao segurado a possibilidade de contratar, mediante o pagamento de prêmio adicional, um período de extensão da garantia, imediatamente subsequente ao término do prazo complementar, durante o qual continuariam cobertas as reclamações apresentadas por terceiros.

Este período é denominado prazo suplementar, e entre as opções de prazo oferecidas deve constar, obrigatoriamente, 1 (um) ano.

A sua contratação deve ser solicitada, pelo segurado, durante a vigência do prazo complementar.



O diagrama abaixo esclarece:



A reclamação relativa ao Evento A, efetuada dentro do prazo suplementar, estaria contemplada pela última apólice do seguro.

A reclamação relativa ao Evento B não estaria amparada pelo seguro, porque foi feita após o prazo suplementar.

A reclamação relativa ao Evento C, efetuada dentro do prazo complementar, estaria contemplada pela última apólice do seguro.

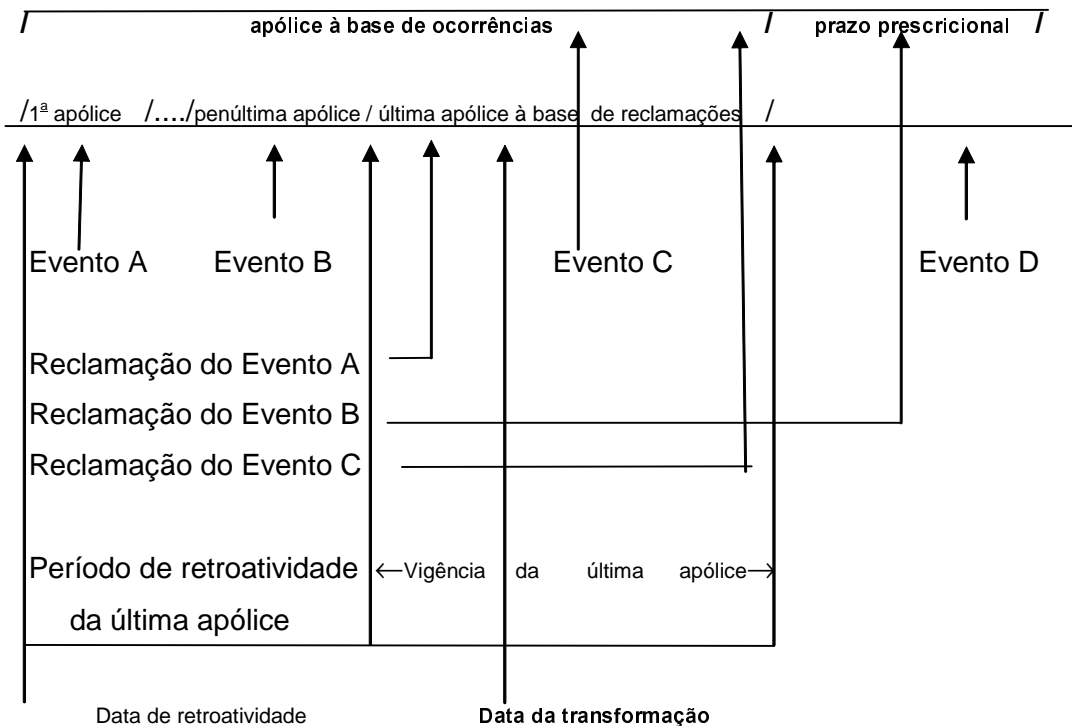
Os Eventos D e E não poderiam ser reclamados em tempo algum.

2.4.4. Situação especial nº 3: transformação da apólice

A seguradora poderá inserir cláusula possibilitando ao segurado, mediante o pagamento de prêmio adicional, transformar a apólice à base de reclamações em apólice à base de ocorrências, durante a vigência da primeira.

O segurado deverá solicitar a transformação até a data-limite prevista nas disposições da apólice à base de reclamações.

Nesta situação, a vigência da nova apólice à base de ocorrências deverá compreender a vigência e o período de retroatividade da apólice à base de reclamações.



O Evento A estaria contemplado pela última apólice à base de reclamações, já que teria ocorrido no respectivo período de retroatividade e teria sido reclamado durante a vigência da mesma, anteriormente à sua transformação em apólice à base de ocorrências.

O Evento A, por já ter sido amparado pela última apólice à base de reclamações, não estaria contemplado pela nova apólice à base de ocorrências, embora esteja dentro da sua vigência.

O Evento B, embora ocorrido durante o período de retroatividade da última apólice à base de reclamações, como não foi reclamado durante a vigência desta, antes de a mesma ser transformada, estaria amparado pela nova apólice à base de ocorrências, respeitados os prazos prescricionais legais.

O Evento C, ocorrido após a transformação, e reclamado ainda durante a vigência da nova apólice à base de ocorrências, estaria amparado pela mesma.

O Evento D não estaria amparado por quaisquer apólices.



2.4.5. Situação especial nº 4: apólice à base de reclamações, com cláusula de notificações

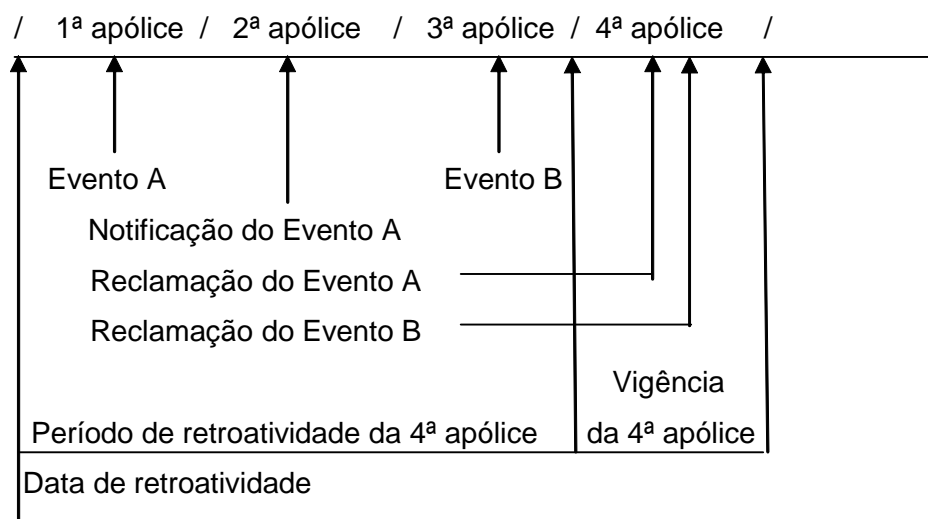
Uma variante das apólices à base de reclamações tradicionais são as apólices à base de reclamações, com cláusula de notificações, que já estão previstas na Circular SUSEP 252/2004 e continuam contempladas na Circular SUSEP 336/2007.

Estas apólices permitem ao segurado, notificar formalmente a seguradora sobre a possível ocorrência de Evento que poderia, no futuro, dar origem a uma reclamação.

A entrega da notificação à seguradora, durante a vigência de uma apólice à base de reclamações, garante que as condições daquela particular apólice serão aplicadas às reclamações apresentadas pelos prejudicados, no futuro, relativas a danos decorrentes do Evento notificado pelo segurado.

Na hipótese do segurado não ter efetuado uma notificação formal relativa àquele Evento, as reclamações futuras, vinculadas ao mesmo, acionarão a apólice à base de reclamações que estiver em vigor na ocasião.

Portanto, as apólices à base de reclamações, com cláusula de notificações, comportam-se de forma análoga a das apólices à base de reclamações tradicionais quando o segurado não apresenta notificações formais sobre Eventos potencialmente geradores de reclamações futuras.



O diagrama mostra que o Evento A ocorreu durante a vigência da 1ª apólice, tendo sido notificado durante a vigência da 2ª apólice e reclamado durante a vigência da 4ª apólice. Será a 2ª apólice, com suas condições (LMI, LMG etc.), que responderá pelas eventuais indenizações vinculadas ao Evento.



O Evento B, ocorrido durante a vigência da 3ª apólice, não foi notificado pelo segurado, tendo sido, no entanto, reclamado por terceiro prejudicado durante a vigência da 4ª apólice. Neste caso, prevalece o comportamento tradicional das apólices à base de reclamações e, portanto, será a 4ª apólice, com suas condições, a responder pelas eventuais indenizações vinculadas ao Evento B.

2.5. Sugestões oriundas da audiência pública e incluídas no modelo

As dezenas de sugestões apresentadas durante o período em que a minuta do novo normativo para as apólices à base de reclamações esteve em audiência pública (nº 06/2006) foram avaliadas pelo Departamento Técnico da SUSEP, tendo algumas delas sido acolhidas.

As alterações aprovadas foram introduzidas no modelo, resultando na Circular SUSEP 336/2007. Quase todas estas alterações podem ser classificadas como “cosméticas”: são correções ortográficas, inversões na ordem de apresentação das disposições, melhoria na redação de algumas cláusulas e definições, reescritura e reordenamento decorrentes das próprias modificações.

Há, no entanto, uma alteração que pode ser classificada como muito relevante, a saber, a redução do prazo complementar mínimo de 3 (três) anos para 1 (um) ano.

Como já comentado anteriormente neste trabalho, a introdução das apólices à base de reclamações, no Brasil, foi pivô de diversos debates jurídicos relativos à sua legalidade.

O posicionamento oficial variou, ao longo de vários anos, da total proibição das apólices (Portaria SDE 03/2001, Parecer Normativo 05/2003), para a autorização de emissão de apólices somente para pessoas jurídicas, com prazo complementar mínimo de três anos (Parecer PRGER 15.239/2003, Circular SUSEP 235/2003). Seguem-se a autorização para a utilização das apólices também para pessoas físicas, ainda com prazo complementar mínimo de três anos (Portaria SDE 24/2004, minuta SUSEP submetida a audiência pública) e, finalmente, a aplicação das apólices tanto para as pessoas jurídicas como para as pessoas físicas, mas com redução do prazo complementar mínimo para 1 (um) ano (Circular SUSEP 336/2007).

Registre-se que este debate a respeito das apólices à base de reclamações não é circunscrito apenas ao Brasil: como apontado em outras partes deste trabalho, houve discussões semelhantes em vários países.

No entanto, não é nossa intenção esmiuçar os detalhes destas polêmicas, sendo nosso propósito, neste subitem, apenas registrar os argumentos apresentados durante a audiência pública, e que, aceitos pelo Departamento Técnico da SUSEP, levaram este a propor a alteração do prazo complementar mínimo de três anos para um ano.



Transcrevemos, a seguir, os trechos pertinentes do Parecer SUSEP/DETEC/GESEC/DIRES 5.930/2006:

“ ...

As principais alterações são as seguintes:

“ ...

b) Alteração do prazo complementar de três anos para um ano, de acordo com as seguintes justificativas: (fl. 83)

b.1) FENASEG: O tema já foi objeto de estudo em diversos países, sendo definida a adoção do prazo máximo de 1 (um) ano em apólices à base de reclamação. Trata-se, portanto, de padrão adotado internacionalmente para as apólices “claims made”. Entendemos, desta forma, que o mercado brasileiro deve adotar o mesmo critério utilizado no exterior, pois se assim não for, estaremos caminhando em sentido contrário ao do mercado externo de seguro e resseguro, inclusive com a possibilidade de gerar dificuldades com a colocação dos riscos dessa natureza;

b.2) DETEC: As apólices à base de reclamações, consideradas uma série sucessiva e ininterrupta, são, a grosso modo, “equivalentes” a uma única apólice à base de ocorrências.

Quando interrompida a série de apólices à base de reclamações, tratar a última apólice como se fosse uma apólice à base de ocorrências, prevendo prazo complementar mínimo de três anos, me parece uma exigência desproporcional, pois o Segurado, já beneficiado pelo custo menor da apólice à base de reclamações, válida por um ano, teria esta duração ampliada, gratuitamente, por mais três anos. Em outras palavras, o Segurado “paga um e leva quatro”.

Considerando que o Código Civil prevê prazo prescricional de um ano para a apresentação de reivindicações do Segurado e da Seguradora, acredito que a fixação do prazo complementar em um ano reequilibraria a relação entre as partes.”

“ ...”

Outras alterações introduzidas no modelo propostas na audiência pública, menos importantes que a redução da duração mínima do prazo complementar aqui comentada, mas que, por outro lado, têm uma certa relevância, não podendo ser consideradas apenas “cosméticas”, são as seguintes:

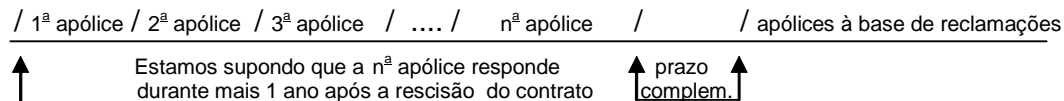
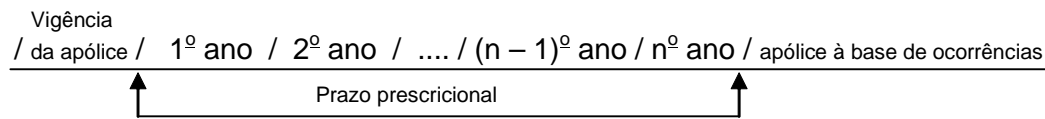
- a) mais visibilidade para as apólices à base de reclamações, com cláusula de notificações (em função do mercado habitualmente as interpretar de forma equivocada);
- b) inclusão de novas definições (para dar mais clareza à norma).

2.6. “Claims Made basis versus occurrence basis”

Poderíamos imaginar, grosso modo, que um seguro de RC, contratado com uma única apólice à base de ocorrências, pelo prazo de 1 (um) ano, com um prazo prescricional legal de “n” anos após o término de sua vigência, poderia ser substituído por uma série sucessiva e ininterrupta de “n” apólices à base de reclamações.



Carla Dila Lessa Mendes, Christine de Faria Zettel e Marcelo Bittencourt Ferro Costa



Data de retroatividade

- eventos danosos ocorridos durante a vigência da apólice à base de ocorrências podem ser reclamados nos “n” anos seguintes após o término da sua vigência;
- eventos danosos ocorridos durante a vigência da 1^a apólice à base de reclamações podem ser reclamados nos “n” anos seguintes após o término de sua vigência, estando a diferença, em relação às apólices à base de ocorrências, no fato de que não seria necessariamente a 1^a apólice a dar a cobertura, mas sim aquela durante cuja vigência fosse efetuada a reclamação do terceiro prejudicado (a n^a apólice respondendo, também, pelas reclamações apresentadas durante o ano seguinte ao término de sua vigência).

Notamos, porém, que esta comparação não pode ser utilizada para afirmar que uma apólice à base de ocorrências equivale, exatamente, a “n” apólices à base de reclamações.

De fato, estaríamos desconsiderando vários fatos:

- que a 2^a apólice à base de reclamações cobre eventos danosos ocorridos durante 2 anos, desde a data de retroatividade até o término de sua vigência, desde que reclamados pelos prejudicados durante a sua vigência;
- analogamente, que a 3^a apólice à base de reclamações cobre eventos danosos ocorridos durante 3 (três) anos, desde a data de retroatividade até o término de sua vigência, desde que reclamados pelos prejudicados durante a sua vigência;
- e assim sucessivamente, até a n^a apólice à base de reclamações, que cobre os eventos danosos ocorridos durante n+1 anos, desde a data de retroatividade até 1 (um) ano após o término de sua vigência, desde que reclamados pelos prejudicados durante a sua vigência ou no ano seguinte após o término desta (supondo que não tenha sido contratado prazo suplementar).

Estas considerações nos levam a compreender a lógica do critério utilizado pelo mercado para a precificação das apólices à base de reclamações, a saber, a estipulação de descontos em relação aos prêmios praticados para as apólices à base de ocorrências, mais acentuados para a primeira das apólices à base de reclamações, e progressivamente menores para as apólices subseqüentes.



Exemplo 1:

Uma empresa seguradora brasileira possui dois planos de seguro de RC Profissional, um à base de ocorrências e o outro à base de reclamações, para médicos, dentistas e auxiliares de saúde.

Os profissionais foram subdivididos em 7 (sete) grupos de risco, que abaixo exemplificamos:

- I – oncologia, psiquiatria, cardiologia e outros;
- II – ginecologia sem cirurgia, endoscopia e outros;
- III – anestesiologia, arteriografia, cirurgia geral e outros;
- IV – cirurgia cardiovascular, cirurgia plástica, neurocirurgia e outros;
- V – odontologia, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e outros;
- VI – farmacêuticos, odontologia com cirurgia e outros;
- VII – odontologia com cirurgia e AIDS.

A tabela a seguir exhibe as taxas propostas pela seguradora, relativas a seguros contratados por períodos de um ano:

Tabela 1 – Taxas praticadas pela seguradora brasileira

Classe	Apólices à Base de Ocorrências	Apólices à Base de Reclamações			
		1ª Apólice (30% de Desconto)	2ª Apólice (20% de Desconto)	3ª Apólice (10% de Desconto)	4ª Apólice (sem Desconto)
I	0,146%	0,102%	0,116%	0,131%	0,146%
II	0,367%	0,257%	0,293%	0,330%	0,367%
III	0,440%	0,308%	0,352%	0,396%	0,440%
IV	0,767%	0,537%	0,613%	0,700%	0,767%
V	0,116%	0,081%	0,093%	0,104%	0,116%
VI	0,143%	0,100%	0,114%	0,129%	0,143%
VII	0,234%	0,164%	0,187%	0,210%	0,234%

Exemplo 2:

Pesquisando na Internet endereços de seguradoras estrangeiras, localizamos um documento originário da JUA (*“Joint Underwriting Association”* – órgão subordinado ao Governo do Texas, EUA) que contém tabela comparando taxas, entre apólices à base de ocorrências e apólices à base de reclamações, relativas a seguros de RC Profissional para médicos, com importância segurada no valor de US\$ 1.000.000 (um milhão de dólares) e duração de 1 (um) ano.

Eis a tabela relativa a 2002, aplicável a todos os municípios texanos, à exceção de um deles (tabelas atualizadas, abrangendo um grande número de especialidades médicas, podem ser acessadas pelo *link “New JUA Rates”*, no próprio sítio acima citado).



Tabela 2 – Taxas praticadas pela JUA

Specialty	Occurrence		Claims-Made			
	Old	New	1 st Year	2 nd Year	3 rd Year	4 th Year (Mature)
OB/Gyn	\$107,161	\$93,457	\$23,365	\$51,402	\$79,440	\$93,457
Neurosurgery	\$142,894	\$116,822	\$29,206	\$64,251	\$99,299	\$116,822
Anesthesiology	\$89,306	\$46,730	\$11,682	\$25,702	\$39,720	\$46,730
Orthopedic Surgery & Cardiovascular Surgery	\$142,894	\$85,670	\$21,419	\$47,119	\$72,819	\$85,670

Na tabela, as especialidades são, respectivamente, de cima para baixo, na 1ª coluna: obstetria, ginecologia, neurocirurgia, anesthesiologia, cirurgia ortopedica e cirurgia cardiovascular.

As taxas dispostas nas 2ª e 3ª colunas são relativas às apólices à base de ocorrências: a 2ª coluna (Old) apresenta as taxas anteriormente praticadas e a 3ª coluna (New) contém as novas taxas.

As taxas dispostas nas 4ª, 5ª, 6ª e 7ª colunas se referem, respectivamente, às 1ª, 2ª, 3ª e 4ª apólices consecutivas de um seguro contratado com apólices à base de reclamações.

Constatamos que os descontos praticados para as apólices à base de reclamações são de 75%, 45%, 15% e 0% para, respectivamente, a 1ª, a 2ª, a 3ª e a 4ª apólices.

Esta diferença em relação aos descontos oferecidos pela seguradora brasileira (exemplo 1) se explica parcialmente em função da duração menor do prazo complementar nos EUA, normalmente de apenas 60 dias.

Assim, nos EUA, a primeira apólice de um seguro contratado com apólice à base de reclamações tem uma extensão temporal de apenas um ano, ou seja, ¼ da extensão temporal correspondente a um seguro contratado com apólice à base de ocorrências, justificando-se, portanto, o desconto inicial de 75%.

No Brasil, supondo um prazo complementar de 1 (um) ano, a 1ª apólice tem uma extensão temporal de 2 (dois) anos (o ano da vigência e o ano consecutivo, na hipótese de cancelamento da 1ª apólice ao término de sua vigência), justificando-se, portanto, um desconto inicial de 50% em função da extensão habitual de 4 anos para as apólices à base de ocorrências.

Ressaltamos que estas considerações devem ser encaradas como uma primeira aproximação na precificação das apólices à base de reclamações, uma vez que variáveis como a sinistralidade de uma especialidade, o histórico do segurado, entre outras, podem pesar mais que o simples raciocínio proporcional.



3. Conclusão

Este trabalho pretendeu investigar a introdução das apólices à base de reclamações no Brasil, mostrando a sua evolução e como elas têm sido normatizadas.

O foco do estudo recaiu principalmente sobre dois aspectos: mostrar os impedimentos legais que foram contornados, viabilizando a comercialização deste tipo de apólice no Brasil, e apresentar, de forma didática, as características das apólices à base de reclamações, já considerando as alterações previstas no novo normativo, a ser publicado.

Inicialmente foi apresentado o histórico de modificações ocorridas na legislação brasileira, desde a sua implantação no ramo responsabilidade civil geral – RCG, em 1988, pelo IRB, até a publicação da Circular SUSEP 336/2007.

São destacadas, no histórico, as seguintes alterações pelas quais passaram as apólices à base de reclamações:

- a) reinterpretação conceitual, para tornar a “*claims made*” juridicamente viável, o que ocorreu com a publicação da Circular SUSEP 235/2004;
- b) admissão de data de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, com a publicação da Circular SUSEP 252/2004;
- c) elaboração da Circular SUSEP 336/2007, contendo mudanças mais amplas, entre elas a possibilidade de contratação de tais apólices por pessoas físicas e a redução da duração mínima do prazo complementar de três anos para um ano.

O trabalho também abordou as apólices à base de reclamações em outros países, como EUA, França, Espanha e Alemanha, apontando as principais diferenças entre os seus clausulados e apresentando, também, os principais ramos em que têm sido aplicadas. Além disso, foram ilustradas algumas variantes da “*claims made*” clássica, como as apólices à base da primeira manifestação, à base de notificações, baseadas no ato cometido, de cobertura restrita e baseadas na descoberta do sinistro, que se diferenciam essencialmente pela forma como é identificada a apólice competente para indenizar determinado sinistro.

A seguir, foram apresentadas, detalhadamente e de forma didática, as principais características das apólices à base de reclamações no Brasil, já contemplando as alterações dispostas na Circular SUSEP 336/2007.

Dentre as características apresentadas, foi salientado: quem pode ser segurado na apólice, o que o seguro cobre, como o sinistro é caracterizado, a vigência da apólice, a data de retroatividade, o limite máximo de indenização, o limite máximo de garantia da apólice, o limite agregado, o prazo complementar, o prazo suplementar, a transformação da apólice e as apólices à base de reclamações, com cláusula de notificações.

Para atingir os objetivos pretendidos realizou-se pesquisa bibliográfica sobre as apólices “*claims made*” no mundo e no Brasil. Com relação à “*claims made*” no mundo, as principais fontes de informação foram os livros e artigos publicados por Walter Polido sobre Seguro de Responsabilidade Civil Geral e Ambiental, além de alguns exemplos de apólices encontrados em sítios da Internet. Quanto à “*claims made*”



no Brasil, as principais fontes foram os normativos editados pela SUSEP e as Portarias da Secretaria de Direito Econômico – SDE.

Deste estudo resultaram várias contribuições. Uma delas foi a formulação de sugestões objetivando tornar a norma mais didática, algumas das quais foram incorporadas à Circular SUSEP 336/2007. Outra contribuição foi o registro da evolução do pensamento oficial em relação à viabilidade jurídica das apólices à base de reclamações, inicialmente consideradas abusivas e lesivas ao consumidor, assim como dos argumentos e normativos jurídicos que as tornaram viáveis, trazendo, dentre outras modificações, a possibilidade de contratação deste tipo de apólice por pessoas físicas e a redução do prazo complementar mínimo.

Por fim, espera-se que este trabalho possa clarificar os conceitos das apólices à base de reclamações, servindo de base para estudos e aplicação em outros ramos de seguro com características semelhantes.

4. Referências bibliográficas

ALVES, J. F. **Novo Código Civil confrontado**. 2. ed. São Paulo: Editora Método, 2002.

POLIDO, W. **Seguro de responsabilidade civil geral no Brasil & aspectos internacionais**. São Paulo. Editora Manuais Técnicos de Seguros – ETMS, 1997.

POLIDO, W. **Seguros para riscos ambientais**. São Paulo. Editora Revista dos Tribunais – RT, 2005.

SDE (Secretaria de Direito Econômico). **Portaria Nº 03/01**. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sde/portarias.htm>.

SDE (Secretaria de Direito Econômico). **Portaria Nº 24/04**. Disponível em <http://www.mj.gov.br/sde/portarias.htm>.

SUSEP. **Circular SUSEP 235/2003**. Disponível em <http://www.susep.gov.br>.

SUSEP. **Circular SUSEP 252/2004**. Disponível em <http://www.susep.gov.br>.

SUSEP. **Circular SUSEP 336/2007**. Disponível em <http://www.susep.gov.br>.

TEIXEIRA, R. **Parecer Normativo 05/03**. (PARECER/SUSEP/PRGER/GAB/ RT/Nº 13.943/2003). SUSEP. 2003.

TEIXEIRA, R. **PARECER/SUSEP/PRGER/GAB/RT/Nº 15.239/2003**. SUSEP. 2003.

TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE. **JUA Improves Medical Malpractice Insurance Choices for Doctors**. Disponível em <https://wwwapps.tdi.state.tx.us/inter/asproot/commish/news/clips2002.asp?id=60>.

