

RECOMENDAÇÕES N.º 1/2025, de 8 de abril

DIFERENCIAÇÃO ENTRE SEGUROS DE SAÚDE E PLANOS DE SAÚDE

I. Introdução

1. A Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), no quadro das competências que lhe estão legalmente atribuídas, tem vindo a receber um número substancial de reclamações relativas a “planos de saúde”, que consubstanciam produtos nos quais o prestador oferece o acesso, em condições favoráveis, a certos tipos de cuidados de saúde, recebendo em contrapartida uma prévia prestação pecuniária, mas sem que corra qualquer risco enquadrável na atividade seguradora.
2. Nos “planos de saúde” o custo dos cuidados de saúde no futuro é pago pelo adquirente, ainda que com desconto, não se verificando a cobertura do risco com base na técnica seguradora, ou seja, com base em cálculos estatísticos de frequência de sinistros como condição da determinação do preço do serviço de cobertura do risco.
3. No âmbito daquelas reclamações, a ASF tem vindo a verificar que as vendas destes produtos são efetuadas incorretamente com recurso a terminologia própria da atividade seguradora, criando uma similitude com os seguros de saúde, produtos do ramo Doença, a qual confunde o consumidor, que não tem noção exata de que tipo de produto está a subscrever.
4. A Lei não confere competências de supervisão a esta Autoridade relativamente a tais produtos, não lhes sendo aplicável o regime jurídico que rege a atividade seguradora e o regime jurídico do contrato de seguro.
5. Deste modo, e com o fundamento apresentado no ponto anterior, importa sublinhar que as presentes Recomendações se aplicam apenas a empresas de seguros, embora existam outras entidades que não são objeto de supervisão e regulação por esta Autoridade e que comercializam planos de saúde com recurso a publicidade que pode ser enganosa, na medida em que recorre a terminologia típica do contrato de seguros e que a este deve estar circunscrita, como “franquia”, “carência” ou “cobertura”.
6. Não obstante o acima exposto, a ASF tem vindo a produzir diversos materiais e a divulgá-los em vários canais, iniciativas inseridas na sua estratégia de comunicação com o

consumidor de seguros, procurando contribuir para uma melhor diferenciação dos produtos que constituem “seguros de saúde” daqueles que são meros “planos de saúde”.

7. Em complemento àquela estratégia, e com o propósito de cumprimento da missão estatutária de proteção dos tomadores de seguros e pessoas seguras, bem como com o intuito de melhor esclarecer o consumidor e os potenciais interessados em subscrever um contrato de seguro de saúde, a ASF emite as presentes recomendações.
8. Estas recomendações dirigem-se apenas às empresas de seguros que explorem o ramo “Doença” em território português, designadamente:
 - a) Às empresas de seguros com sede em Portugal;
 - b) Às sucursais de empresas de seguros com sede em outro Estado membro da União Europeia;
 - c) Às empresas de seguros com sede em outro Estado membro da União Europeia que exerçam atividade em regime de livre prestação de serviços;
 - d) Às sucursais de empresas de seguros de um país terceiro.

II. Enquadramento regulatório

9. O ramo “Doença” encontra-se legalmente estipulado na alínea *b)* do artigo 8.º do regime jurídico de exercício da atividade seguradora e resseguradora (RJASR), aprovado Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, com várias alterações, as últimas das quais por via do Decreto-Lei n.º 56/2021, de 30 de junho.
10. No âmbito específico da regulamentação do contrato de seguro de saúde, é aplicável o regime jurídico do contrato de seguro, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, em especial o previsto nos artigos 213.º a 217.º daquele regime, tendo o último daqueles artigos sido objeto de alteração pela Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro.
11. No tocante à dicotomia “plano” e “seguro de saúde”, e respetiva problemática de vendas potencialmente enganosas, releva ainda o regime das práticas comerciais desleais, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 57/2008, de 26 de março, com as últimas alterações introduzidas pela Lei n.º 10/2023, de 3 de março, em especial no que respeita ao previsto no respetivo artigo 7.º com a epígrafe “ações enganosas”.

III. Recomendações

12. Tendo em consideração o acima exposto, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF), nos termos da alínea *b*) do n.º 3 do artigo 16.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 1/2015, de 6 de janeiro, recomenda às empresas de seguros que:

12.1 Não utilizem nos produtos em comercialização o termo “plano” para distinguir as várias opções ou pacotes de coberturas que integram o contrato de seguro de saúde.

O termo “plano de saúde” não consta da redação de diploma legal aplicável ao setor segurador, sendo utilizado por empresas que disponibilizam cartões de mero desconto que conferem acesso a serviços privados de saúde sem a componente de risco, que é típica e exclusiva da atividade seguradora.

Contudo, por vezes, algumas empresas de seguros utilizam a expressão “plano” para distinguir as várias opções ou pacotes de coberturas que integram o contrato de seguro, prática que deve ser evitada, tendo em consideração a potencial confusão que cria com os “planos de saúde”.

Reputa-se necessária uma aposta clara na literacia financeira do consumidor, designadamente através da definição e uniformização dos conceitos utilizados pelo setor segurador. Deste modo, todo o material associado ao *marketing* e venda dos seguros de saúde deve primar pela clareza na aplicação dos conceitos, pelo que a utilização da palavra “plano” deve ser evitada e substituída por similares como por exemplo “opção”.

12.2 Se abstenham de comercializar produtos do tipo “planos de saúde” sem cobertura de risco.

As empresas de seguros devem abster-se de comercializar meros “planos de saúde”, não só para garantir a eficácia na comunicação dos limites que separam os dois tipos de produto, mas também porquanto as atividades de exploração e de comercialização de “planos de saúde” não consubstanciam o conceito de “operações diretamente decorrentes da atividade seguradora”, que o n.º 1 do artigo 47.º do RJASR admite aos seguradores como exceção ao princípio da exclusividade da atividade seguradora.

Contudo, nada obsta a que possam ser praticados preços convencionados com os prestadores de serviços de saúde da rede convencionada, quando se esgote o capital de alguma(s) cobertura(s) de um contrato de seguro de saúde ou a que se disponibilize acessoriamente acesso a serviços de saúde a preços convencionados com os prestadores da rede convencionada quando exista, no mínimo, uma cobertura de risco com comparticipação de despesas com cuidados de saúde.

- 12.3 Revejam a informação pré-contratual e o clausulado do contrato de seguro de saúde com vista a deixar claro que se trata de um “seguro de saúde”.

As empresas de seguro devem proceder a esta revisão no momento da renovação dos contratos ou em caso de ser solicitada uma segunda via dos mesmos.

Quando for enviado ao consumidor o novo clausulado revisto, essa informação deve ser-lhe prestada de forma clara, esclarecendo-se a razão da revisão e a identificação das Recomendações da ASF que lhe deram causa, indicando-se ainda, se aplicável, o respetivo sítio na Internet onde as mesmas podem ser consultadas.

- 12.4 Sem prejuízo do disposto no ponto 12.2, promovam informação nos seus sítios na Internet sobre a distinção entre seguros de saúde e “planos de saúde”.

Importa assegurar a diferenciação entre estes produtos através de campanhas de informação, designadamente nas plataformas digitais das empresas de seguros. Nestas plataformas (*e.g.* sítios na internet), é possível introduzir informação detalhada para distinguir e definir corretamente os limites que definem e caracterizam os seguros de saúde.

Neste sentido, deve também constar das campanhas informativas que sejam realizadas nas plataformas digitais das empresas de seguros uma menção de que, em caso de conflito, o recurso aos meios de defesa específicos da atividade seguradora é exclusivo e reservado aos seguros de saúde, conferindo uma acrescida proteção aos consumidores.

- 12.5 Diligenciem para que as recomendações sejam respeitadas pelos respetivos canais de distribuição, atendendo ao papel de grande importância que os distribuidores assumem no que se refere à transmissão de informação aos consumidores no âmbito da contratação de seguros.

IV. Monitorização do cumprimento e divulgação por parte da ASF

13. No prazo de um mês a contar da emissão das presentes recomendações, as empresas de seguros devem informar a ASF se dão ou tencionam dar cumprimento às recomendações, nos termos do quadro constante do anexo, através da utilização do Portal ASF residente em www.asf.com.pt.
14. No caso de as empresas de seguros não darem ou não tencionarem dar cumprimento às recomendações, devem informar a ASF, de forma fundamentada, das razões da sua decisão.
15. As empresas de seguros podem atualizar a informação prestada nos termos do ponto 13. caso venham a dar cumprimento integral às presentes Recomendações.
16. As empresas de seguros que informam a ASF nos termos do ponto 13. Ou do ponto anterior que dão cumprimento às presentes Recomendações, devem informar se autorizam a divulgação da sua decisão.
17. As empresas de seguros que autorizem a divulgação da decisão nos termos do ponto anterior passam a constar em lista divulgada pela ASF no seu sítio na Internet.

Em 8 de abril de 2025. — O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO: *Margarida Corrêa de Aguiar*, presidente – *Manuel Caldeira Cabral*, vogal.

Anexo

(a que se refere o ponto 13 das Recomendações n.º 1/2025, de 8 de abril)

Denominação da empresa de seguros:			
Código LEI:			
Ponto da recomendação	Cumpra ou tenciona cumprir S/N	Caso tencione cumprir, indicação do prazo para o efeito	Breve descrição da forma de implementação da recomendação/Razão para o não cumprimento
12.1			
12.2			
12.3			
12.4			
12.5			