

PROJETO DE NORMA REGULAMENTAR

DIREITO AO ESQUECIMENTO E PROIBIÇÃO DE PRÁTICAS DISCRIMINATÓRIAS

A Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro (Lei n.º 75/2021), consagra o direito ao esquecimento de pessoas que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência. Para este efeito, as pessoas que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência têm, na qualidade de consumidor, direito ao esquecimento na contratação de crédito à habitação e crédito aos consumidores, bem como na contratação de seguros obrigatórios ou facultativos associados aos referidos créditos, garantindo que não podem ser sujeitas a um aumento de prémio de seguro ou exclusão de garantias de contratos de seguro. Nos termos do n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, nenhuma informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência pode ser recolhida pelas instituições de crédito ou seguradores em contexto pré-contratual desde que tenham decorrido, de forma ininterrupta: *a)* 10 anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência superada; *b)* Cinco anos desde o término do protocolo terapêutico, no caso de a patologia superada ter ocorrido antes dos 21 anos de idade; *c)* Dois anos de protocolo terapêutico continuado e eficaz, no caso de risco agravado de saúde ou deficiência mitigada. Neste âmbito compete, designadamente, às instituições de crédito e empresas de seguros e resseguros esclarecer e informar o consumidor, no acesso aos referidos créditos, sobre as condições aplicáveis por parte de pessoas que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência.

A presente norma regulamentar visa regulamentar a Lei n.º 75/2021, em particular, o exercício do direito ao esquecimento e a proibição de práticas discriminatórias. Com efeito, este diploma atribui à Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões (ASF) poderes para regulamentar diversas matérias previstas nos referidos regimes, designadamente, definir parâmetros para operacionalização do dever de não recolha ou tratamento, pelos seguradores, da informação de saúde relativa à situação médica que originou o risco agravado de saúde ou a deficiência.

Em conformidade com a alínea *b)* do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, a presente norma regulamentar determina que a empresa de seguros não pode recolher ou tratar informação de saúde

relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência de pessoas que tenham superado ou mitigado essas situações, no âmbito da declaração inicial do risco, designadamente, identificação e descrição da patologia e protocolo terapêutico. São ainda estabelecidas regras que visam responder a situações concretas que poderão ocorrer no processo tendente à celebração do contrato de seguro, em particular, o preenchimento de questionário entregue pela empresa de seguros. A empresa de seguros encontra-se interdita de solicitar informação de saúde relativa a uma eventual superação ou mitigação de situação de risco agravado de saúde ou de deficiência, no âmbito da declaração inicial do risco. Esta proibição estende-se a perguntas concretamente dirigidas à superação ou mitigação das referidas situações e a perguntas que, apesar de não referirem expressamente o regime, possam revelar que o segurado se encontre abrangido pelo direito ao esquecimento. Seja como for se, no âmbito da declaração inicial do risco, a resposta ao questionário implicar a comunicação de informação de saúde relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência superado ou mitigado e o segurado tiver superado ou mitigado estas situações, a presente norma regulamentar determina que o tomador do seguro ou o segurado podem responder negativamente a essas questões.

Se, apesar da proibição estabelecida na presente norma regulamentar quanto à recolha de informação de saúde relativa à superação ou mitigação de situação de risco agravado de saúde ou de deficiência, a empresa de seguros tiver conhecimento de informação relativa a esta situação, a presente norma regulamentar estabelece que a empresa de seguros não pode utilizar essa informação.

O decurso dos prazos previstos no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021 pode verificar-se na vigência de contrato de seguro abrangido pelo regime aplicável ao direito ao esquecimento. A presente norma regulamentar esclarece que, nesses casos, há lugar à aplicação do regime da diminuição do risco previsto no artigo 92.º do regime jurídico do contrato de seguro (RJCS), aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril.

No que diz respeito aos deveres de informação relativos ao direito ao esquecimento, a presente norma regulamentar estabelece que a empresa de seguros, antes da celebração do contrato, deve informar o tomador do seguro acerca do regime do direito ao esquecimento. Em particular, a empresa de seguros deve informar o tomador do seguro, de forma clara e por escrito, das situações previstas no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021 que legitimam o exercício do direito ao esquecimento. Adicionalmente, o questionário que seja eventualmente entregue pela empresa de seguros, no âmbito da declaração inicial do risco, deve mencionar que o tomador do seguro e o

segurado têm o direito de não comunicar informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência que tenha sido superado ou mitigado.

Considerando a especial sensibilidade no relacionamento com os clientes das empresas de seguros, resultante da aplicação do regime do direito ao esquecimento, entendeu-se que o órgão de administração da empresa de seguros é responsável pela definição e aprovação de um código de conduta que estabeleça princípios e regras de conduta que contribuam para o cumprimento do disposto no artigo 3.º e no n.º 1 do artigo 6.º-A da Lei n.º 75/2021 e nos artigos 3.º, 5.º e 6.º da presente norma regulamentar. O referido código de conduta deve prever princípios e regras de conduta que garantam o exercício da atividade da empresa de seguros em conformidade com o disposto nos referidos artigos e princípios orientadores de tratamento dos tomadores de seguros e segurados, caso a empresa de seguros tenha conhecimento de informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência do segurado, que tenha sido superado ou mitigado.

Por outro lado, a Lei n.º 75/2021 altera as regras aplicáveis à proibição de práticas discriminatórias prevista no RJCS. O referido regime identifica as práticas discriminatórias em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde e proíbe as práticas que discriminem entre a saúde física e mental ou psíquica.

A ASF pode regulamentar o sentido e a extensão das práticas discriminatórias previstas no artigo 15.º do RJCS e dos fatores de risco que devem ser considerados quando a empresa de seguros presta informação sobre o rácio entre os fatores de risco específicos e os fatores de risco de pessoa em situação comparável mas não afetada por deficiência ou risco agravado de saúde que deu causa à recusa da celebração de um contrato de seguro ou ao agravamento do respetivo prémio. Assim, a presente norma regulamentar estabelece que não podem ser propostas condições contratuais em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde física e mental ou psíquica do segurado que sejam menos favoráveis do que aquelas que seriam propostas a segurado que se encontre em situação comparável, designadamente, aumento do prémio ou previsão de exclusões. Para este efeito, considera-se que existe uma situação comparável quando os fatores de risco de segurado que se encontre numa situação de deficiência ou de risco agravado de saúde ou devido à saúde física e mental ou psíquica são equivalentes aos fatores de risco de outro segurado.

No entanto, a presente norma regulamentar permite a apresentação de condições em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde, desde que, para o contrato de seguro em causa, constitua um fator crucial no cálculo do custo do risco. Como tal, a mera verificação da deficiência

ou de risco agravado de saúde não é suficiente para influenciar a proposta de contrato de seguro apresentada pela empresa de seguros. É necessário que este risco seja suficientemente relevante, de um ponto de vista técnico-atuarial, para que sejam apresentadas condições que reflitam a sua existência, designadamente, um prémio de seguro superior, devendo a empresa de seguros fundamentar objetivamente a sua apreciação, tendo por base dados estatísticos e atuariais rigorosos considerados relevantes nos termos dos princípios da técnica seguradora.

A ASF pode ainda detalhar o sentido e extensão da noção de tratamentos coadjuvantes, a qual é relevante para efeitos da aplicação do regime previsto para o acordo nacional de acesso ao crédito e a seguros, ou, na sua falta, do regime definido em decreto-lei, na medida em que este regime abrange pessoas que superaram situações de risco agravado e terminaram a fase de tratamentos ativos, mas ainda se encontram a realizar tratamentos coadjuvantes. No entanto, ainda não foi celebrado o acordo nem publicado o referido decreto-lei. Assim, a ASF tomou a opção de não incluir esta matéria no presente processo regulamentar.

Adicionalmente, verificaram-se alterações no regime aplicável à cessação do contrato de seguro de saúde. Com efeito, por força das alterações introduzidas pela Lei n.º 75/2021 no n.º 1 do artigo 217.º do RJCS, em caso de não renovação do contrato ou da cobertura e não estando o risco coberto de forma proporcional por um contrato de seguro posterior, o segurador não pode, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, recusar as prestações resultantes de doença manifestada, de outros cuidados de saúde relacionados ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo seguro. A presente norma regulamentar estabelece que em caso de não renovação do contrato de seguro de saúde ou da cobertura, a empresa de seguros deve prestar diversas informações, em particular, o capital seguro remanescente à data da não renovação do contrato de seguro de saúde ou da cobertura e que a empresa de seguros deve ser informada da existência da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato.

O projeto da presente norma regulamentar esteve em processo de consulta pública, nos termos do artigo 47.º dos Estatutos da ASF, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 1/2015, de 6 de janeiro, tendo [...]

Assim, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, ao abrigo do disposto nas alíneas *a)* a *d)* do n.º 2 e do n.º 3 do artigo 7.º da Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro, no n.º 7 do artigo 64.º e na alínea *a)* do n.º 4 do artigo 81.º do regime jurídico de acesso e exercício da atividade seguradora e resseguradora, aprovado pela Lei n.º 147/2015, de 9 de setembro, e na alínea

a) do n.º 3 do artigo 16.º dos seus Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 1/2015, de 6 de janeiro, emite a seguinte Norma Regulamentar:

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Artigo 1.º

Objeto

A presente norma regulamentar tem por objeto:

- a) Regular a operacionalização do dever de não recolha ou tratamento, pelos seguradores, da informação de saúde relativa à situação médica que originou o risco agravado de saúde ou a deficiência, tal como previsto na alínea *b)* do n.º 1 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, de 18 de novembro (Lei n.º 75/2021) e respetivos deveres de informação;
- b) Detalhar o sentido e a extensão das práticas previstas nos n.ºs 2, 3 e 10 do artigo 15.º do regime jurídico do contrato de seguro (RJCS) aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de abril, bem como dos fatores de risco a considerar para efeitos do n.º 4 do mesmo artigo;
- c) Definir parâmetros para operacionalização do mecanismo de proteção de cobertura previsto no artigo 217.º do RJCS.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 – O capítulo II aplica-se aos contratos de seguro associados ao crédito à habitação e ao crédito aos consumidores em que o segurado seja consumidor na aceção da alínea *d)* do artigo 2.º da Lei n.º 75/2021.

2 – O capítulo III aplica-se aos contratos de seguro sujeitos ao disposto no artigo 15.º do RJCS.

3 – O capítulo IV aplica-se aos contratos de seguro sujeitos ao disposto no artigo 217.º do RJCS.

4 – Para efeitos da presente norma regulamentar, consideram-se pessoas com deficiência aquelas que se encontram em qualquer uma das circunstâncias e situações previstas no artigo 2.º da Lei n.º 38/2004, de 18 de agosto.

CAPÍTULO II

Direito ao esquecimento

Artigo 3.º

Recolha e tratamento de informação de saúde

1 – Após o decurso do prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, a empresa de seguros não pode recolher ou tratar informação de saúde relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência, no âmbito da declaração inicial do risco, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 24.º e artigo 177.º do RJCS, quando o segurado tenha superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência.

2 – Sem prejuízo do disposto no artigo seguinte, após o decurso do prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, a empresa de seguros não pode solicitar, expressa ou implicitamente, informação de saúde relativa a uma eventual superação ou mitigação de situação de risco agravado de saúde ou de deficiência, no âmbito da declaração inicial do risco, designadamente, através de questionário.

3 – Quando o segurado tenha superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência, após o decurso do prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, o tomador do seguro ou o segurado podem responder negativamente a questão colocada pela empresa de seguros, no âmbito da declaração inicial do risco, que resulte na comunicação de informação de saúde relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência superado ou mitigado.

4 – Após o decurso do prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, caso a empresa de seguros tenha conhecimento de informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência do segurado, que tenha sido superado ou mitigado, não pode utilizar essa informação, designadamente, no cálculo do prémio ou aplicação de exclusões.

5 – A informação de saúde referida nos números anteriores inclui, designadamente, o seguinte:

- a) Identificação e descrição da patologia;
- b) Alterações orgânicas ou funcionais verificadas em resultado da patologia;
- c) Identificação e descrição da deficiência;
- d) Protocolo terapêutico, incluindo respetiva duração;
- e) História clínica do segurado e da respetiva família;
- f) Exames médicos, resultados de testes ou análises.

Artigo 4.º

Verificação de uma situação de incapacidade

Ainda que o segurado tenha estado em situação de deficiência igual ou superior a 60% e tenha recuperado as suas estruturas ou funções psicológicas, intelectuais, fisiológicas ou anatómicas, reduzindo a sua incapacidade abaixo desse limiar, nos termos da alínea *b)* do artigo 2.º da Lei n.º 75/2021, o tomador do seguro ou segurado devem, nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 24.º do RJCS, informar a empresa de seguros da verificação de uma situação de incapacidade abaixo do referido limiar ou, quando não se verificar a recuperação das estruturas ou funções psicológicas, intelectuais, fisiológicas ou anatómicas, de uma incapacidade igual ou superior a esse limiar.

Artigo 5.º

Superação ou mitigação na vigência do contrato

Se, durante o período de vigência do contrato de seguro, o segurado superar ou mitigar situações de risco agravado de saúde ou de deficiência, nos termos do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, aplica-se o disposto no artigo 92.º do RJCS.

Artigo 6.º

Informação sobre o direito ao esquecimento

1 – Sem prejuízo do disposto no n.º 9 do artigo 15.º-A do RJCS, a empresa de seguros, antes da celebração do contrato, deve informar o tomador do seguro, de forma clara e por escrito, do seguinte:

- a) A empresa de seguros não pode recolher ou tratar informação de saúde relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência quando o segurado tenha superado ou

mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência, tendo decorrido o prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021;

b) Das situações previstas no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021;

c) Quando o segurado tenha superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência, tendo decorrido o prazo previsto no n.º 2 do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021, o tomador do seguro ou o segurado podem responder negativamente a questão colocada pela empresa de seguros, no âmbito da declaração inicial do risco, que resulte na comunicação de informação de saúde relativa a situações de risco agravado de saúde ou de deficiência superado ou mitigado;

d) Se aplicável, o tomador do seguro ou segurado podem informar a empresa de seguros, durante o período de vigência do contrato de seguro, que o segurado superou ou mitigou situações de risco agravado de saúde.

2 – Sem prejuízo do disposto no número anterior, a empresa de seguros deve incluir no questionário que seja eventualmente utilizado para solicitar informações no âmbito da declaração inicial do risco, em caracteres destacados e de maior dimensão do que os restantes, menção de que o tomador do seguro e o segurado têm o direito de não comunicar informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência que tenha sido superado ou mitigado, nos termos do artigo 3.º da Lei n.º 75/2021.

Artigo 7.º

Código de conduta

1 – O órgão de administração da empresa de seguros é responsável pela definição e aprovação de um código de conduta que estabeleça princípios e regras de conduta que deve, pelo menos, prever:

a) Princípios e regras de conduta que garantam o exercício da atividade da empresa de seguros em conformidade com o disposto no artigo 3.º e no n.º 1 do artigo 6.º-A da Lei n.º 75/2021 e nos artigos 3.º, 5.º e 6.º;

b) Princípios orientadores de tratamento dos tomadores de seguros e segurados, caso a empresa de seguros tenha conhecimento de informação de saúde relativa à situação de risco agravado de saúde ou de deficiência do segurado, que tenha sido superado ou mitigado.

2 – O código de conduta previsto no número anterior é consignado em documento escrito, podendo integrar o documento com o código de conduta previsto no artigo 14.º da Norma Regulamentar n.º 4/2022-R, de 26 de abril.

3 – Compete ao órgão de administração das empresas de seguros:

a) Assegurar que o código de conduta considera os canais de distribuição utilizados pela empresa de seguros, garantindo que lhes são extensíveis os princípios e as regras previstos no referido código;

b) Assegurar a divulgação interna do código de conduta e o conhecimento do mesmo por cada colaborador;

c) Assegurar que o código de conduta é objeto de revisão, pelo menos, a cada três anos, e sempre que ocorram alterações na legislação e regulamentação que o justifiquem ou em caso de alterações na estrutura organizacional ou no modelo de negócio da empresa;

d) Assegurar que o código de conduta é implementado e monitorizado de forma adequada e devidamente refletido nos respetivos regulamentos e em eventuais manuais de boas práticas.

CAPÍTULO III

Práticas discriminatórias

Artigo 8.º

Práticas discriminatórias

1 – A empresa de seguros não pode propor condições contratuais em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde física e mental ou psíquica do segurado que sejam menos favoráveis do que aquelas que seriam propostas para uma pessoa que se encontre em situação comparável.

2 – Para os efeitos do disposto no número anterior, na celebração e na execução do contrato de seguro considera-se existir práticas discriminatórias, quando, em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde física e mental ou psíquica do segurado, face às condições que seriam propostas para uma pessoa que se encontre em situação comparável, se verifique, designadamente, o seguinte:

a) Recusa de contratar;

- b)* Aumento do montante do prémio;
- c)* Previsão de exclusões;
- d)* Previsão de franquias.

3 – Sem prejuízo do disposto nos n.ºs 3 e 4 do artigo 15.º do RJCS, considera-se que existe uma situação comparável quando os fatores de risco de segurado que se encontra numa situação de deficiência ou de risco agravado de saúde ou devido à saúde física e mental ou psíquica são equivalentes aos fatores de risco de outro segurado.

Artigo 9.º

Fator crucial

É permitida a apresentação de condições em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde, sempre que, para o contrato de seguro em causa, constitua um fator crucial no cálculo do custo do risco.

Artigo 10.º

Fatores de risco

1 – A consideração da deficiência ou de risco agravado de saúde do segurado como fator no cálculo do custo do risco deve ser expressa através do rácio entre os fatores de risco específicos e os fatores de risco de pessoa em situação comparável mas não afetada por aquela deficiência ou risco agravado de saúde, relativamente ao produto em causa ou, quando adequado, ao ramo do seguro em que se integra, obtido com base em dados atuariais e estatísticos elaborados nos termos dos números seguintes.

2 – Os dados atuariais e estatísticos utilizados pelas empresas de seguros na prestação de informação sobre o rácio entre os fatores de risco específicos e os fatores de risco de pessoa em situação comparável mas não afetada por deficiência ou risco agravado de saúde, nos termos do n.º 4 do artigo 15.º do RJCS, devem ser elaborados nos seguintes termos:

- a)* Serem agregados por tipologias homogêneas, representativas, e suficientes para inferência estatística, do risco ou sub-risco e/ou garantia ou tipo de contrato e concentrar-se na vertente da avaliação do risco subjacente, respeitando o disposto no n.º 1 do Anexo à presente norma regulamentar;

b) Respeitem os requisitos mínimos específicos por tipo de risco previstos no n.º 2 do Anexo à presente norma regulamentar;

c) Basearem-se na experiência nacional ou estrangeira apropriada, bem como em tratamentos estatísticos e atuariais geralmente aceites;

d) Reportarem-se, sempre que não seja possível obter dados estatisticamente credíveis mais recentes, a um período de observação cujo termo não pode ser anterior em mais de 20 anos à data da sua utilização.

3 — Os dados previstos no número anterior podem incluir uma componente de projeção do custo futuro dos riscos atualmente existentes.

4 — O requisito previsto na alínea *d)* do n.º 2 não prejudica o recurso a fontes cujo período de observação utilizado para elaboração dos dados seja anterior em mais de 20 anos à data da sua utilização na prestação da informação referida no n.º 1, desde que o seu teor seja estatisticamente compatível com dados obtidos nos termos da referida alínea.

5 — Os dados previstos no n.º 2 devem ser objeto de atualização e de revisão nos prazos máximos previstos para cada tipo de risco no n.º 2 do Anexo à presente norma regulamentar.

Artigo 11.º

Informação sobre condições contratuais

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 4 do artigo 15.º do RJCS, caso as condições propostas pela empresa de seguros, designadamente, o valor do prémio, resultem de deficiência ou de risco agravado de saúde, a empresa de seguros deve informar o tomador do seguro das condições que seriam propostas se não existisse essa deficiência ou risco agravado de saúde.

2 — A fundamentação prevista no número anterior deve ser prestada por escrito e redigida de forma clara e compreensível, usando linguagem corrente, sempre que não seja imprescindível o uso de termos legais ou técnicos, antes de o tomador do seguro se vincular.

CAPÍTULO IV

Seguro de saúde

Artigo 12.º

Cobertura do seguro de saúde

1 – Durante o período previsto no n.º 1 do artigo 217.º do RJCS, aplica-se, com as necessárias adaptações, o disposto no contrato de seguro, designadamente, as condições de pagamento das prestações convencionadas ou das despesas efetuadas.

2 – Em caso de não renovação do contrato de seguro de saúde ou da cobertura, a empresa de seguros deve informar o tomador do seguro e o segurado do seguinte:

a) Não estando o risco coberto de forma proporcional por um contrato de seguro posterior, a empresa de seguros, nos dois anos subsequentes e até que se mostre esgotado o capital seguro no último período de vigência do contrato, realiza as prestações resultantes de doença manifestada, de outros cuidados de saúde relacionados ou outro facto ocorrido na vigência do contrato, desde que cobertos pelo contrato de seguro;

b) O capital seguro remanescente à data da não renovação do contrato de seguro de saúde ou da cobertura;

c) A empresa de seguros deve ser informada da existência da doença nos 30 dias imediatos ao termo do contrato.

3 – Em caso de seguro de grupo, a informação referida no número anterior deve ser prestada ao segurado.

CAPÍTULO V

Relatório

Artigo 13.º

Relatório sobre direito ao esquecimento e práticas discriminatórias

1 – A empresa de seguros elabora anualmente um relatório que inclua, designadamente, os

seguintes elementos:

a) Descrição da execução e da adequação do código de conduta que estabelece regras de tratamento dos clientes que tenham superado ou mitigado situações de risco agravado de saúde ou de deficiência;

b) Número de contratos segmentados por ramo, tipo ou modalidade de seguro que integram condições em razão da deficiência ou de risco agravado de saúde, nos termos do artigo 9.º;

c) Síntese dos fatores de risco considerados fatores cruciais nos termos do artigo 9.º segmentados por ramo, tipo ou modalidade de seguro;

d) Descrição da aplicação do mecanismo de proteção de cobertura previsto no artigo 12.º

2 – Sem prejuízo do disposto no número seguinte, o envio do relatório previsto no número anterior é efetuado até 15 de abril através da utilização do Portal ASF residente em www.asf.com.pt.

3 – O formulário, o mapa de reporte e as instruções a eventualmente utilizar para efeitos da prestação de informação prevista no n.º 1, bem como as alterações aos mesmos, são disponibilizados no sítio da ASF na Internet, após aprovação pelo Conselho de Administração desta Autoridade.

CAPÍTULO VI

Disposições finais

Artigo 14.º

Aplicação no tempo

1 – Sem prejuízo do disposto no número seguinte, a presente norma regulamentar aplica-se aos contratos de seguro celebrados após a entrada em vigor da mesma.

2 – Os artigos 5.º e 12.º aplicam-se também aos contratos de seguro celebrados anteriormente que subsistam à data da entrada em vigor da presente norma regulamentar.

Artigo 15.º

Entrada em vigor

A presente norma regulamentar entra em vigor no prazo de 90 dias após a sua publicação.

ANEXO

1. Tipologias homogêneas de risco e avaliação do risco subjacente

1.1. Deve entender-se por “tipologia homogênea de risco” o conjunto dos riscos ou eventos que têm um comportamento tendencialmente semelhante ao longo do tempo.

1.2. No caso de contratos de seguro não vida e quando o custo gerado pela ocorrência do evento é incerto, pode entender-se por “tipologia homogênea de risco” o conjunto de riscos que apresentam funções de “frequência” e de “severidade” semelhantes para uma mesma tipologia de evento.

1.3. A escolha do nível de agregação dos dados relativos a uma “tipologia homogênea de risco” deve, na medida do possível, ser feita de modo a maximizar o grau de precisão da avaliação atual do risco, com base nas tipologias apresentadas no n.º 2.

1.4. As empresas de seguros que tenham iniciado recentemente a exploração dos riscos em análise ou cuja dimensão da carteira de riscos relevantes seja diminuta para efeitos estatísticos, se necessário, podem recorrer à agregação de dados externos à respetiva experiência específica, desde que os mesmos correspondam à tipologia de risco em análise e possam ser considerados representativos dos riscos assumidos na carteira.

1.5. Os dados diretamente relacionados com os encargos ou componentes dos prémios e prestações relativas a despesas de aquisição e de gestão dos contratos e remuneração do capital não são considerados relevantes para a avaliação do risco.

2. Requisitos mínimos específicos por tipo de risco

2.1. Riscos de mortalidade

As informações relativas ao risco de mortalidade das populações abrangidas devem ilustrar as diferenças recentes existentes ao nível das taxas de mortalidade por sexo e por idade, calculadas em função do número de mortes e dos fatores de exposição ao risco daquelas populações e ser atualizadas pelo menos a cada quatro anos, devendo basear-se nos seguintes requisitos de compilação:

a) Dados de mortalidade agregados separadamente no máximo ao nível dos riscos de morte e de sobrevivência;

b) Dados relativos a idades sucessivamente crescentes numa base anual, ajustados através de técnicas atuariais que permitam aferir a qualidade estatística do ajustamento e internacionalmente qualificadas como de “boas práticas” ou, alternativamente;

c) Dados brutos (não ajustados) agregados por escalões etários de extensão não superior a cinco anos até aos setenta e cinco anos, idade a partir da qual aqueles dados podem ser agregados por escalões etários de extensão não superior a dez anos.

2.2. Riscos de invalidez-morbilidade

As informações relativas ao risco de invalidez-morbilidade das populações abrangidas devem ilustrar as diferenças recentes existentes ao nível das respetivas taxas de incidência por idade e/ou garantia, calculadas em função do número de incidências e dos fatores de exposição ao risco daquelas populações e, quando aplicável, em função do custo com sinistros dos referidos sistemas de cobertura (sistemas de reembolso, de cuidados médico-hospitalares convencionados e sistemas mistos). As informações devem ser atualizadas pelo menos a cada cinco anos e basear-se nos seguintes requisitos de compilação:

a) Dados relativos a idades sucessivamente crescentes numa base anual, ajustados através de técnicas atuariais que permitam aferir a qualidade estatística do ajustamento e internacionalmente qualificadas como de “boas práticas” ou, alternativamente;

b) Dados brutos (não ajustados) agregados por escalões etários de extensão não superior a cinco anos até aos setenta e cinco anos, idade a partir da qual aqueles dados poderão ser agregados por escalões etários de extensão não superior a dez anos.

2.3. Outros riscos

Para outros tipos de risco e de seguros não compreendidos nos pontos anteriores aplicam-se, com as devidas adaptações, os requisitos de compilação previstos nesses pontos, que apresentem uma relevância direta para o tipo de risco ou de seguro em análise, devendo as informações ser atualizadas pelo menos a cada três anos.