



Instituto de Seguros de Portugal

NORMA REGULAMENTAR N.º 10/2009-R, DE 25 DE JUNHO

Conduta de Mercado

Com a revisão do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril, pelo Decreto-Lei n.º 2/2009, de 5 de Janeiro, foram aditados os artigos 131.º-C a 131.º-F, prevendo que as empresas de seguros definam e implementem uma política de tratamento dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, instituem uma função autónoma responsável pela gestão de reclamações, designem um provedor do cliente e definam e implementem uma política anti-fraude.

Através da presente Norma Regulamentar fixam-se princípios a observar pelas empresas de seguros na operacionalização dos deveres consagrados no plano legislativo, permitindo-se que as mesmas adoptem soluções adaptadas à respectiva dimensão e estrutura interna e, bem assim, optem pelo modelo organizacional que melhor se adequa às exigências decorrentes da natureza e complexidade das suas operações.

Assim, estabelece-se que os princípios a adoptar pelas empresas de seguros no seu relacionamento com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados sejam consignados numa política de tratamento e devidamente reflectidos, quer nos regulamentos internos, quer em eventuais manuais de boas práticas que possam ser desenvolvidos.

Determina-se, ainda, que as empresas de seguros instituem uma função autónoma responsável pela gestão de reclamações que constitua um ponto centralizado de recepção e resposta, prevendo-se paralelamente os princípios indispensáveis ao seu bom funcionamento.

Pela presente Norma Regulamentar, concretizam-se os princípios que regem o cumprimento pelas empresas de seguros do dever de designarem um provedor do cliente. No contexto do sistema global de gestão de reclamações, pretende-se que o provedor do cliente represente uma segunda instância de apreciação das reclamações efectuadas por tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados, podendo-lhe ser apresentadas, as que a empresa de seguros não tenha respondido no prazo máximo de 20 dias após a respectiva recepção ou, na hipótese de ter



Instituto de Seguros de Portugal

sido formulada uma resposta pela empresa de seguros no prazo fixado, o reclamante discorde do seu sentido. Porém, são ressalvados os casos que revistam especial complexidade, relativamente aos quais o prazo máximo é prorrogado para 30 dias.

Refira-se ainda a opção de sistematizar numa única secção, com vista a facilitar a respectiva apreensão, as regras atinentes ao reporte, pontual ou regular, concernente à função autónoma responsável pela gestão de reclamações, ao provedor do cliente ou ao interlocutor perante o Instituto de Seguros de Portugal. Esta última figura, que não é instituída, mas reconhecida pela presente iniciativa regulamentar, porquanto já implementada, visa tornar mais eficiente a articulação entre as empresas de seguros e o Instituto de Seguros de Portugal, designadamente nos contactos a realizar sobre as reclamações recebidas pela autoridade de supervisão, directamente ou mediante a utilização do Livro de Reclamações.

Finalmente, anote-se o estabelecimento de princípios que devem nortear a definição de uma política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude pelas empresas de seguros, sem prejuízo da adopção de eventuais mecanismos de cooperação com outras empresas de seguros.

Assim, o Instituto de Seguros de Portugal, ao abrigo do disposto no n.º 3 do artigo 131.º-C, do n.º 4 do artigo 131.º-D, do n.º 9 do artigo 131.º-E, do n.º 2 do artigo 131.º-F, do Decreto-Lei n.º 94-B/98 de 17 de Abril, republicado pelo Decreto-Lei n.º 2/2009, de 5 de Janeiro, e no n.º 3 do artigo 4.º do seu Estatuto, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 289/2001, de 13 de Novembro, emite a seguinte Norma Regulamentar:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Objecto

A presente Norma Regulamentar visa estabelecer os princípios gerais a observar pelas empresas de seguros no seu relacionamento com os tomadores de seguros, segurados,



Instituto de Seguros de Portugal

beneficiários ou terceiros lesados, em particular quanto à respectiva política de tratamento, à gestão das reclamações que lhes sejam por estes apresentadas, ao provedor do cliente e à política anti-fraude, nos termos e para os efeitos dos artigos 131.º-C a 131.º-F do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril.

Artigo 2.º

Âmbito

As disposições previstas na presente Norma Regulamentar aplicam-se às empresas de seguros que exerçam actividade em território português, abrangendo a actividade seguradora, com excepção da gestão de fundos de pensões.

Artigo 3.º

Definições

Para efeitos da presente Norma Regulamentar, entende-se por:

- a)* «Reclamação» manifestação de discordância em relação a posição assumida por empresa de seguros ou de insatisfação em relação aos serviços prestados por esta, bem como qualquer alegação de eventual incumprimento, apresentada por tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados. Não se inserem no conceito de reclamação as declarações que integram o processo de negociação contratual, as comunicações inerentes ao processo de regularização de sinistros e eventuais pedidos de informação ou esclarecimento;
- b)* «Fraude contra os seguros» prática de actos ou omissões intencionais, ainda que sob a forma tentada, com vista à obtenção de vantagem ilícita para si ou para terceiro, no âmbito da celebração ou da execução de contratos de seguro ou da subscrição de operações de capitalização, designadamente os que visem uma cobertura ou pagamento indevido.



Instituto de Seguros de Portugal

CAPÍTULO II

Política de tratamento

Artigo 4.º

Princípios gerais da política de tratamento

1 — O órgão de administração da empresa de seguros é responsável pela definição e aprovação de uma política de tratamento dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, bem como pela implementação adequada da mesma e pela monitorização do respectivo cumprimento.

2 — A política de tratamento aprovada nos termos do número anterior deve ser consignada em documento escrito.

3 — Para efeitos do número 1, compete ao órgão de administração da empresa de seguros:

- a)* Assegurar que a política aprovada considera os canais de distribuição utilizados pela empresa de seguros, garantindo que lhes são extensíveis os princípios, regras e procedimentos adoptados no quadro do respectivo relacionamento com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados;
- b)* Assegurar que a política aprovada é comunicada de forma eficaz a toda a empresa e que se encontra permanentemente disponível e acessível em meio de divulgação interno;
- c)* Assegurar que a política aprovada é divulgada ao público através de meios adequados, designadamente através da respectiva disponibilização no sítio da Internet da empresa de seguros ou em sítio institucional de grupo empresarial do qual faça parte, caso não disponha de sítio autónomo, bem como, sempre que solicitado, através da entrega em suporte papel;



Instituto de Seguros de Portugal

- d)* Assegurar que a política aprovada é implementada e monitorizada de forma adequada e devidamente reflectida nos respectivos regulamentos e em eventuais manuais de boas práticas.

Artigo 5.º

Conteúdo mínimo da política de tratamento

A política de tratamento define os princípios adoptados pela empresa de seguros no quadro do respectivo relacionamento com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, devendo, pelo menos, prever e garantir:

- a)* O tratamento equitativo, diligente e transparente dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados;
- b)* O tratamento adequado das necessidades de informação e de esclarecimento dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, atendendo ao respectivo perfil e à natureza e complexidade da situação;
- c)* O tratamento adequado dos dados pessoais dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados;
- d)* A prevenção e a gestão de conflitos de interesse, designadamente no âmbito da gestão de reclamações;
- e)* A gestão célere e eficiente dos processos relativos a tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, designadamente em matéria de sinistros e de reclamações;
- f)* A qualificação adequada dos colaboradores, em especial os que contactam directamente com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, no sentido de assegurar a qualidade do atendimento, presencial e não presencial;



Instituto de Seguros de Portugal

- g)* A definição do conteúdo mínimo da informação a prestar aos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, no âmbito da política anti-fraude;
- h)* Os mecanismos de reporte interno e monitorização do cumprimento da política de tratamento.

CAPÍTULO III

Reclamações

SECÇÃO I

Empresas de seguros

Artigo 6.º

Princípios gerais de gestão de reclamações

1 — As empresas de seguros devem gerir os processos relativos às reclamações apresentadas de forma célere e eficiente, assegurando que é instituída uma função autónoma responsável pela respectiva gestão que actue como ponto centralizado de recepção e resposta, devidamente identificada a nível interno e a nível externo.

2 — As empresas de seguros devem garantir que a gestão de reclamações não acarreta quaisquer custos ou encargos para o reclamante, bem como quaisquer ónus que não sejam efectivamente indispensáveis para o cumprimento dessa função.

3 — As empresas de seguros devem assegurar a gestão imparcial das reclamações apresentadas no âmbito do respectivo modelo organizacional e garantir que situações susceptíveis de configurar conflitos de interesse são convenientemente prevenidas, identificadas e geridas.

4 — As empresas de seguros devem assegurar que os colaboradores que intervenham na gestão dos processos relativos às reclamações são idóneos e detêm qualificação profissional adequada.



Instituto de Seguros de Portugal

5 — Independentemente do modelo organizacional adoptado, as empresas de seguros devem garantir que as respectivas unidades orgânicas disponibilizam a informação necessária para o exercício da função de gestão de reclamações.

6 — A gestão de reclamações pelas empresas de seguros não prejudica o direito de recurso aos tribunais ou a mecanismos de resolução extrajudicial de litígios, incluindo os relativos a litígios transfronteiriços.

7 — As empresas de seguros devem assegurar o tratamento e a análise dos dados relativos à gestão de reclamações, garantindo que os resultados extraídos são considerados na actividade operacional da empresa.

Artigo 7.º

Empresas de seguros que se encontrem em relação de domínio ou de grupo

O disposto na presente Norma Regulamentar quanto à gestão de reclamações por parte de empresa de seguros aplica-se, com as devidas adaptações, à gestão de reclamações por empresas de seguros que se encontrem em relação de domínio ou de grupo.

Artigo 8.º

Princípios gerais do regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações

1 — O órgão de administração da empresa de seguros é responsável pela definição e aprovação de um regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, bem como pela implementação adequada do mesmo e pela monitorização do respectivo cumprimento.

2 — O regulamento de funcionamento aprovado nos termos do número anterior deve ser consignado em documento escrito, comunicado de forma eficaz a toda a empresa de seguros e estar permanentemente disponível e acessível em meio de divulgação interno.



Instituto de Seguros de Portugal

Artigo 9.º

Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações

O regulamento de funcionamento deve, pelo menos, prever:

- a)* O modelo organizacional adoptado para a gestão de reclamações, incluindo os procedimentos internos aplicáveis e a identificação clara e inequívoca do ponto de recepção e resposta e, se distinto, das unidades orgânicas competentes pelo tratamento e apreciação das mesmas;
- b)* Os requisitos mínimos e forma de apresentação das reclamações pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, sem prejuízo do disposto nos números 3 e 4 do artigo 11.º;
- c)* Os dados de contacto para efeitos de apresentação das reclamações por parte dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados e, se distintos, para efeitos de acompanhamento do processo relativo à reclamação apresentada;
- d)* Os prazos a observar na gestão das reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados;
- e)* A manutenção de sistemas adequados de registo da informação relativa à gestão das reclamações e de arquivo de documentação;
- f)* A informação relativa à gestão das reclamações e documentação associada a que os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem aceder e respectivas condições de acesso;
- g)* O dever de colaboração com o provedor do cliente que a empresa de seguros tenha designado ou com um mecanismo de resolução extrajudicial de litígios a que tenha aderido.



Instituto de Seguros de Portugal

Artigo 10.º

Informação geral relativa à gestão de reclamações pelas empresas de seguros

1 — Sem prejuízo da legislação aplicável, as empresas de seguros devem informar os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados sobre os procedimentos aplicáveis à gestão de reclamações, designadamente sobre:

- a)* A identificação do ponto de recepção e resposta;
- b)* De forma sumária, os elementos previstos na alínea *b)* do artigo anterior;
- c)* Os elementos previstos nas alíneas *c)* e *d)* do artigo anterior;
- d)* A identificação do provedor do cliente designado e do mecanismo de resolução extrajudicial de litígios a que a empresa de seguros tenha aderido, bem como os respectivos dados de contacto e as condições de elegibilidade aplicáveis.

2 — A informação prevista no número anterior deve ser disponibilizada ao público através de meios adequados, designadamente através do sítio na Internet da empresa de seguros ou em sítio institucional de grupo empresarial do qual faça parte, caso não disponha de sítio autónomo, bem como, sempre que solicitado, através da entrega em suporte papel.

3 — As informações previstas no número 1 devem ser prestadas por escrito ou por outro meio de comunicação de que fique registo em suporte duradouro.

Artigo 11.º

Apresentação e gestão de reclamações pelas empresas de seguros

1 — As reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados devem ser apresentadas por escrito ou por qualquer meio de comunicação que possa ser utilizado sem a presença física e simultânea das partes, desde que dela fique registo escrito ou gravado, sem prejuízo da possibilidade de as empresas de seguros definirem outros requisitos



quanto à forma de apresentação das reclamações, desde que razoáveis e proporcionados face ao objectivo.

2 — As reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados devem conter as informações relevantes para a respectiva gestão, incluindo, pelo menos, os seguintes elementos:

- a)* Nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
- b)* Referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador de seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente;
- c)* Dados de contacto do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
- d)* Número de documento de identificação do reclamante;
- e)* Descrição dos factos que motivaram a reclamação, com identificação dos intervenientes e da data em que os factos ocorreram, excepto se for manifestamente impossível;
- f)* Data e local da reclamação.

3 — Sempre que a reclamação apresentada não inclua os elementos necessários para efeitos da respectiva gestão, designadamente quando não se concretize o motivo da reclamação, a empresa de seguros deve dar conhecimento desse facto ao reclamante, convidando-o a suprir a omissão.

4 — A não admissão de reclamações por parte das empresas de seguros apenas pode ocorrer quando:

- a)* Sejam omitidos dados essenciais que inviabilizem a respectiva gestão e que não tenham sido corrigidos nos termos do número anterior;



Instituto de Seguros de Portugal

- b) Se pretenda apresentar uma reclamação relativamente a matéria que seja da competência de órgãos arbitrais ou judiciais ou quando a matéria objecto da reclamação já tenha sido resolvida por aquelas instâncias;
- c) Estas reiterem reclamações que sejam apresentadas pelo mesmo reclamante em relação à mesma matéria e que já tenham sido objecto de resposta pela empresa de seguros;
- d) A reclamação não tiver sido apresentada de boa fé ou o respectivo conteúdo for qualificado como vexatório.

5 — Sempre que tenha conhecimento de que a matéria objecto de uma reclamação se encontra pendente de resolução de litígio por parte de órgãos arbitrais ou judiciais, a empresa de seguros pode abster-se de dar continuidade ao processo da gestão da reclamação.

6 — Sempre que a empresa de seguros não admitir reclamações apresentadas pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados nos termos do número 4 do artigo 11.º invocando a inobservância dos requisitos de admissibilidade pré-definidos, deve dar conhecimento desse facto ao reclamante, fundamentando a não admissão.

7 — As empresas de seguros devem ainda informar, de forma fundamentada, os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, quando seja previsível, sobre a impossibilidade de observar os prazos internos definidos para a gestão de reclamações.

8 — As informações previstas nos números 3, 6 e 7 devem ser prestadas por escrito ou por outro meio de comunicação de que fique registo em suporte duradouro.

9 — A empresa de seguros deve responder ao reclamante de forma completa e fundamentada, transmitindo o resultado da apreciação da reclamação através de linguagem clara e perceptível.

SECÇÃO II

Provedor do cliente



Artigo 12.º

Princípios gerais aplicáveis ao provedor do cliente

1 — As funções de provedor do cliente não podem ser exercidas por entidade ou pessoa que se encontre em qualquer situação de conflito de interesses susceptível de afectar a sua isenção de análise ou decisão, designadamente por entidade ou pessoa que:

- a) Seja detentora de participação de, pelo menos, 1% do capital social ou dos direitos de voto na empresa de seguros em causa ou com esta se encontre numa relação de domínio ou de grupo;
- b) Preste serviço distinto do exercício de funções enquanto provedor do cliente ou mantenha um contrato de trabalho ou equiparado com empresa de seguros.

2 — São consideradas elegíveis para efeitos de apresentação ao provedor do cliente as reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados às quais não tenha sido dada resposta pela empresa de seguros no prazo máximo de 20 dias contados a partir da data da respectiva recepção ou quando, tendo sido dada resposta nesse prazo, o reclamante discorde do sentido da mesma, prorrogando-se o prazo máximo para 30 dias nos casos que revistam especial complexidade.

3 — A apresentação de reclamações pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados junto do provedor do cliente não acarreta quaisquer custos ou encargos para o reclamante, bem como quaisquer ónus que não sejam efectivamente indispensáveis para o cumprimento dessa função.

4 — Para efeitos da colaboração com o provedor do cliente, as empresas de seguros devem:

- a) Indicar um interlocutor privilegiado para os contactos com o mesmo, comunicando ao provedor do cliente a identidade do interlocutor designado;



Instituto de Seguros de Portugal

- b)* Fornecer a informação e a documentação necessária ao desempenho das funções de provedor do cliente;
- c)* Assegurar as condições necessárias ao efectivo cumprimento dos respectivos deveres pelo provedor do cliente.

5 — A apreciação de reclamações pelo provedor do cliente não prejudica o direito de recurso aos tribunais ou a mecanismos de resolução extrajudicial de litígios, incluindo os relativos a litígios transfronteiriços.

Artigo 13.º

Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável ao provedor do cliente

O regulamento de funcionamento aplicável à apreciação pelo provedor do cliente de reclamações dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados deve, pelo menos, prever:

- a)* As funções do provedor do cliente;
- b)* A duração do mandato e possibilidade da respectiva renovação;
- c)* As causas de incompatibilidade para o exercício das respectivas funções, quando acresçam às previstas no número 1 do artigo anterior, bem como as causas de impedimento;
- d)* As causas de cessação das funções do provedor do cliente que correspondam ao incumprimento das condições exigidas para o respectivo exercício, bem como dos deveres a que o provedor do cliente se encontra vinculado;
- e)* Os requisitos mínimos e forma de apresentação das reclamações pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, sem prejuízo do disposto no número 2 do artigo 14.º;



- f) Os dados de contacto para efeitos de apresentação das reclamações por parte dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados;
- g) Os prazos máximos definidos para efeitos das informações e comunicações previstas nos números 5, 6 e 8 do artigo 14.º, atendendo ao princípio do tratamento célere das reclamações;
- h) Os mecanismos de articulação com as empresas de seguros.

Artigo 14.º

Apresentação e apreciação de reclamações pelo provedor do cliente

1 — Os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados podem apresentar reclamações junto do provedor do cliente designado pelas empresas de seguros nos termos dos números 1 e 2 do artigo 131.º-E do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril, sempre que estejam reunidas as condições de elegibilidade previstas no número 2 do artigo 12.º.

2 — Os números 3 e 4 do artigo 11.º aplicam-se, com as devidas adaptações, à não admissão de reclamações por parte do provedor do cliente.

3 — Sempre que tenha conhecimento de que a matéria objecto da reclamação se encontra pendente de resolução de litígio por parte de órgãos arbitrais ou judiciais, o provedor do cliente pode abster-se de dar continuidade à respectiva apreciação.

4 — O provedor do cliente aprecia as reclamações que lhe sejam apresentadas pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, no prazo máximo de 30 dias contados a partir da data da respectiva recepção, prorrogando-se o prazo máximo para 45 dias nos casos que revistam especial complexidade.

5 — O provedor do cliente comunica ao reclamante, por escrito ou por outro meio de comunicação de que fique registo em suporte duradouro, os resultados da apreciação da reclamação e respectiva fundamentação, incluindo, se for o caso, as recomendações que decida efectuar.



Instituto de Seguros de Portugal

6 — O provedor do cliente comunica às empresas de seguros as reclamações recebidas e os resultados da respectiva apreciação e fundamentação, incluindo, se for o caso, as recomendações que decida efectuar.

7 — As empresas de seguros devem informar o provedor do cliente quanto ao acolhimento ou não das recomendações por ele efectuadas, no prazo máximo de 20 dias contados a partir da data da respectiva recepção.

8 — O provedor do cliente informa o reclamante em causa, por escrito ou por outro meio de comunicação de que fique registo em suporte duradouro, do não acolhimento pela empresa de seguros de recomendação que tenha efectuado.

Artigo 15.º

Deveres de comunicação e divulgação

1 — As empresas de seguros devem garantir que o provedor do cliente divulga as suas recomendações através de um dos seguintes meios:

- a)* Sítio da Internet do provedor do cliente, se existente;
- b)* Sítio da Internet das empresas de seguros ou, se estas não dispuserem de sítio autónomo, área expressamente reservada e devidamente assinalada em sítio institucional de grupo empresarial do qual façam parte;
- c)* Sítio da Internet da associação de empresas de seguros, caso o provedor do cliente seja nomeado por esta;
- d)* Sítio da Internet do Instituto de Seguros de Portugal.

2 — Nos casos previstos nas alíneas *a)* a *c)* do número anterior, consta do sítio da Internet do Instituto de Seguros de Portugal a hiperligação para o sítio onde as recomendações são divulgadas, a qual lhe deve ser comunicada pelas respectivas empresas de seguros.



Instituto de Seguros de Portugal

3 — As recomendações divulgadas nos termos dos números anteriores são conservadas no meio utilizado para a respectiva divulgação por um período mínimo de 3 anos.

SECÇÃO III

Interlocutor perante o Instituto de Seguros de Portugal

Artigo 16.º

Princípios gerais aplicáveis ao interlocutor

1 — As empresas de seguros devem designar um interlocutor privilegiado para efeitos do contacto com o Instituto de Seguros de Portugal, no âmbito da gestão de reclamações e de resposta a pedidos de informação ou esclarecimento.

2 — Os procedimentos relativos à designação do interlocutor prevista no número anterior são divulgados por Circular do Instituto de Seguros de Portugal.

3 — Independentemente do modelo organizacional adoptado para a gestão de reclamações, ainda que esta seja conduzida por empresas de seguros que se encontrem em relação de domínio ou de grupo, as empresas de seguros devem estabelecer os procedimentos internos necessários com vista a habilitar o interlocutor designado para o exercício das respectivas funções, designadamente, para responder directa, atempada e adequadamente às solicitações que lhe sejam dirigidas pelo Instituto de Seguros de Portugal.

Artigo 17.º

Comunicação e suporte

1 — Para efeitos de gestão de reclamações e de resposta a pedidos de informação ou esclarecimento, as empresas de seguros devem utilizar o correio electrónico nos contactos com o Instituto de Seguros de Portugal, bem como garantir que o envio e o arquivo das reclamações e documentação associada são efectuados em suporte digital, assegurando que o mesmo tem condições de legibilidade idênticas às dos documentos originais.



Instituto de Seguros de Portugal

2 — Nos contactos entre as empresas de seguros e o Instituto de Seguros de Portugal e sem prejuízo da legislação em vigor, o disposto no número anterior aplica-se às reclamações apresentadas mediante utilização do Livro de Reclamações, bem como às reclamações directamente apresentadas junto do Instituto de Seguros de Portugal.

3 — Os procedimentos relativos ao disposto no número 1 são divulgados por Circular do Instituto de Seguros de Portugal.

SECÇÃO IV

Reporte relativo a reclamações

Artigo 18.º

Reporte pontual relativo à função autónoma responsável pela gestão de reclamações

1 — No prazo máximo de 10 dias após a data de implementação da função autónoma responsável pela gestão de reclamações, as empresas de seguros devem informar o Instituto de Seguros de Portugal, de forma sumária, sobre o modo como foi instituída e implementada, bem como comunicar a identificação do ponto centralizado de recepção e resposta e respectivos dados de contacto.

2 — Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos no número anterior devem ser comunicadas pelas empresas de seguros ao Instituto de Seguros de Portugal no prazo máximo de 10 dias após a data da respectiva ocorrência.

Artigo 19.º

Reporte pontual relativo ao provedor do cliente

1 — No prazo máximo de 10 dias após a data de início de actividade do provedor do cliente, as empresas de seguros devem comunicar ao Instituto de Seguros de Portugal a informação sobre a identidade do provedor do cliente designado, acompanhada de um exemplar do respectivo regulamento de funcionamento.



Instituto de Seguros de Portugal

2 — Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos no número anterior devem ser comunicadas pelas empresas de seguros ao Instituto de Seguros de Portugal no prazo máximo de 10 dias após a data da respectiva ocorrência.

3 — Sempre que a designação do provedor do cliente seja dispensada nos termos do número 8 do artigo 131.º-E do Decreto-Lei n.º 94-B/98, de 17 de Abril, as empresas de seguros devem informar o Instituto de Seguros de Portugal sobre a adesão a mecanismo de resolução extrajudicial de litígios, no prazo máximo de 10 dias após a data da respectiva adesão.

Artigo 20.º

Reporte pontual relativo ao interlocutor

1 — No prazo máximo de 10 dias após a data da respectiva designação, as empresas de seguros devem disponibilizar ao Instituto de Seguros de Portugal os dados de contacto do interlocutor designado nos termos do artigo 16.º.

2 — Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos no número anterior devem ser comunicadas pelas empresas de seguros ao Instituto de Seguros de Portugal no prazo máximo de 10 dias após a data da respectiva ocorrência.

Artigo 21.º

Reporte regular relativo à gestão de reclamações pelas empresas de seguros

1 — As empresas de seguros devem remeter anualmente ao Instituto de Seguros de Portugal, até ao final do mês de Fevereiro, para efeitos de supervisão da conduta de mercado, um relatório relativo à gestão de reclamações com referência ao exercício económico anterior, que inclua, designadamente:

- a) Elementos de índole estatística segmentados de acordo com as seguintes categorias:
 - i) Ramo, tipo ou modalidade de seguro;



Instituto de Seguros de Portugal

- ii)* Tipologia do objecto da reclamação;
- iii)* Prazos médios de resposta;
- iv)* Sentido da resposta ao reclamante;
- v)* Reclamações que foram objecto de apreciação pelo provedor do cliente;

b) Conclusões extraídas do processo de gestão de reclamações e medidas implementadas ou a implementar.

2 — O processo de disponibilização e envio do relatório relativo à gestão de reclamações previsto no número anterior é efectuado através da utilização do Portal ISPnet residente em www.isp.pt.

Artigo 22.º

Reporte regular relativo à apreciação de reclamações pelo provedor do cliente

Até ao final do mês de Janeiro de cada ano, o provedor do cliente remete ao Instituto de Seguros de Portugal e às empresas de seguros em causa a informação a divulgar relativamente às recomendações apresentadas durante o ano anterior, a qual deve conter, de forma clara e sucinta, os seguintes elementos:

- a)* Designação da empresa de seguros;
- b)* Objecto da recomendação;
- c)* Recomendação;
- d)* Menção do acolhimento ou não da recomendação pelos respectivos destinatários, designadamente pela empresa de seguros.



Instituto de Seguros de Portugal

CAPÍTULO IV

Política anti-fraude

Artigo 23.º

Princípios gerais da política anti-fraude

1 — O órgão de administração da empresa de seguros é responsável pela definição e aprovação de uma política de prevenção, deteção e reporte de práticas de fraude contra os seguros, bem como pela implementação adequada da mesma e pela monitorização do respectivo cumprimento.

2 — A política anti-fraude aprovada nos termos do número anterior deve ser consignada em documento escrito e comunicada de forma adequada ao universo dos colaboradores definido pelo órgão de administração para o efeito.

3 — A política anti-fraude aprovada nos termos do número 1 deve ser adequada à dimensão, estrutura organizacional e estrutura da carteira de clientes da empresa de seguros, bem como ao potencial risco a que a esta se encontra exposta e à natureza e especificidade dos riscos assumidos na sua actividade.

Artigo 24.º

Conteúdo mínimo da política anti-fraude

1 — A política anti-fraude deve, pelo menos, estabelecer:

- a)* Mecanismos e procedimentos aplicáveis em matéria de prevenção e deteção da fraude contra os seguros, incluindo os procedimentos de averiguação;
- b)* Métodos de identificação e avaliação do risco de fraude a que a empresa de seguros se encontra sujeita;



Instituto de Seguros de Portugal

- c)* Políticas e programas de formação contínua e de sensibilização adequadas às funções desempenhadas pelos colaboradores da empresa de seguros e aos riscos a estas associados;
- d)* Canais adequados de comunicação, a nível interno e externo, bem como linhas de reporte apropriadas;
- e)* A manutenção de um sistema de registo de informação relativo a condutas que configurem ou em relação às quais existam razões suficientes para suspeitar que possam vir a configurar a prática de actos fraudulentos, bem como de um sistema de arquivo de documentação adequado;
- f)* Regras e procedimentos relativos à utilização do sistema de registo e do sistema de arquivo previstos na alínea anterior;
- g)* A revisão dos mecanismos e procedimentos implementados em matéria de prevenção e detecção da fraude contra os seguros, bem como a adopção de medidas preventivas que visem obstar à repetição de práticas de fraude que sejam identificadas.

2 — A efectiva implementação de políticas de prevenção, detecção e reporte de práticas de fraude contra os seguros nos termos do número 1 não prejudica a adopção de mecanismos de cooperação entre as empresas de seguros.

Artigo 25.º

Reporte

O relatório anual sobre a estrutura organizacional e os sistemas de gestão de riscos e de controlo interno da empresa de seguros mencionado no artigo 19.º da Norma Regulamentar n.º 14/2005-R do Instituto de Seguros de Portugal, de 29 de Novembro, deve contemplar os mecanismos e procedimentos especificamente adoptados no âmbito da política anti-fraude prevista no presente capítulo.



Instituto de Seguros de Portugal

CAPÍTULO V

Disposições finais

Artigo 26.º

Entrada em vigor

1 — Sem prejuízo do disposto no número seguinte, a presente Norma Regulamentar entra em vigor no primeiro dia útil seguinte ao da sua publicação, devendo as empresas de seguros diligenciar no sentido de dar cumprimento aos deveres na mesma previstos até ao primeiro dia útil do segundo mês seguinte ao da sua publicação.

2 — As empresas de seguros devem diligenciar no sentido de dar cumprimento aos deveres previstos na secção II do capítulo III até ao primeiro dia útil do terceiro mês seguinte ao da sua publicação.

O CONSELHO DIRECTIVO

Fernando Nogueira
Presidente

Rodrigo Lucena
Vogal