



ARSEG

Agência Angolana de Regulação
e Supervisão de Seguros

**NORMA REGULAMENTAR SOBRE CONDUTA DE MERCADO E
TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES PELO ORGANISMO DE
SUPERVISÃO DA ACTIVIDADE SEGURADORA**

Luanda/2024

ÍNDICE

CAPÍTULO I.....	8
Disposições gerais	8
ARTIGO 1.º	8
(Objecto)	8
ARTIGO 2.º	9
(Âmbito de aplicação)	9
ARTIGO 3.º	9
(Definições)	9
CAPÍTULO II Política de tratamento.....	10
ARTIGO 4.º	10
(Princípios gerais da política de tratamento)	10
ARTIGO 5.º	11
(Conteúdo mínimo da política de tratamento).....	11
CAPÍTULO III.....	12
Gestão de reclamações e provedor do cliente	12
SECÇÃO I.....	12
Gestão de reclamações.....	12
ARTIGO 6.º	12
(Princípios gerais).....	12
ARTIGO 7.º	14
(Regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações).....	14
ARTIGO 8.º	14
(Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações).....	14
ARTIGO 9.º	15
(Informação geral relativa à gestão de reclamações).....	15

ARTIGO 10.º	16
(Apresentação e gestão de reclamações).....	16
SECÇÃO II.....	19
Provedor do cliente.....	19
ARTIGO 11.º.....	19
(Princípios gerais).....	19
ARTIGO 12.º.....	21
(Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável ao provedor)	21
ARTIGO 13.º.....	22
(Apresentação e apreciação de reclamações pelo provedor)	22
CAPÍTULO IV	24
Interlocutor perante o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora	24
ARTIGO 14.º.....	24
(Princípios gerais aplicáveis ao interlocutor)	24
ARTIGO 15.º.....	24
(Comunicação e suporte).....	24
CAPÍTULO V	25
Política de concepção e aprovação de produtos de seguros	25
ARTIGO 16.º.....	25
(Princípios gerais aplicáveis à política de concepção e aprovação dos produtos de seguros)	25
ARTIGO 17.º.....	26
(Mercado-alvo).....	26
ARTIGO 18.º.....	26
(Monitorização e revisão dos produtos)	27
ARTIGO 19.º.....	27
(Canais de distribuição)	27

CAPÍTULO VI	29
Política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros	29
ARTIGO 20.º	29
(Princípios gerais da política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros).....	29
ARTIGO 21.º	29
(Conteúdo mínimo da política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros).....	29
CAPÍTULO VII.....	31
Conduta de mercado no âmbito do sistema de governação	31
ARTIGO 22.º	31
(Princípios gerais aplicáveis no âmbito do sistema de governação)	31
ARTIGO 23.º	32
(Função autónoma responsável pela conduta de mercado).....	32
ARTIGO 24.º	34
(Avaliação da eficácia em matéria de conduta de mercado)	34
CAPÍTULO VIII	35
Reporte para efeitos de supervisão comportamental e divulgação pública de informação	35
ARTIGO 25.º	36
(Reporte pontual relativo à função autónoma responsável pela gestão de reclamações) ..	36
ARTIGO 26.º	36
(Reporte pontual relativo ao provedor)	36
ARTIGO 27.º	37
(Reporte pontual relativo ao interlocutor)	37
ARTIGO 28.º	37
(Reporte pontual relativo à função autónoma responsável pela conduta de mercado)	37
ARTIGO 29.º	38

(Reporte regular relativo à gestão de reclamações)	38
ARTIGO 30.º	40
(Reporte regular referente a informação de natureza comportamental)	40
ARTIGO 31.º	41
(Reporte regular referente à apreciação de reclamações pelo provedor)	41
ARTIGO 32.º	41
(Reporte pontual referente à política de concepção e aprovação dos produtos de seguros)	41
ARTIGO 33.º	41
(Relatório para efeitos de supervisão comportamental)	41
ARTIGO 34.º	43
(Informação sobre produtos seguros)	43
ARTIGO 35.º	45
(Sítio na Internet e divulgação pública de informação)	45
CAPÍTULO IX	46
Tratamento de reclamações pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora	46
ARTIGO 36.º	46
(Princípios gerais e comunicações no âmbito do tratamento de reclamações)	46
ARTIGO 37.º	47
(Apresentação de reclamação ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora)	47
ARTIGO 38.º	48
(Abertura do procedimento)	48
ARTIGO 39.º	48
(Arquivamento liminar)	48
ARTIGO 40.º	49
(Tramitação)	49
ARTIGO 41.º	51
(Prazo de análise)	51

ARTIGO 42.º	51
(Extinção do procedimento)	51
CAPÍTULO X	52
Disposições finais.....	52
ARTIGO 43.º.....	52
(Dúvidas e omissões).....	52
ARTIGO 44.º.....	52
(Entrada em vigor)	52

NORMA REGULAMENTAR N.º _____ ARSEG/24

De ___ de ___

Considerando que a proteção dos tomadores de seguros, segurados e beneficiários constitui um dos objectivos principais da supervisão, conforme previsto no artigo 11.º da Lei n.º 18/22, de 7 de Julho - Lei da Actividade Seguradora e Resseguradora (LASR). Sendo que a LASR veio impor deveres de conduta adicionais às empresas de seguros que exercem actividade em território angolano.

Tendo em atenção ao facto de o Aviso n.º 1/15, de 13 de Outubro manifestar-se desajustado e insuficiente face às novas dinâmicas em curso e a implementar no sector segurador em relação à gestão e ao tratamento de reclamações, demandando uma maior densificação dos regimes aí previstos.

Considerando que, sem prejuízo da autonomia organizativa de cada empresa e de uma aplicação dos requisitos legais e regulamentares de forma proporcional à natureza, dimensão e complexidade dos riscos inerentes à sua actividade, importa definir princípios e regras particularmente robustos relativamente a todas as áreas com impacto no relacionamento com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados, no âmbito da actividade seguradora.

Atendendo a necessidade de se proceder a uma actualização do regime aplicável à gestão de reclamações e ao provedor do cliente, bem como a densificação dos requisitos aplicáveis à política de tratamento dos tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados.

A Agência Angolana de Regulação e Supervisão de Seguros, em conformidade com os poderes conferidos nos termos do artigo 131.º da Lei n.º 18/22, de 7 de Julho, Lei Actividade Seguradora e Resseguradora, conjugado com a alínea c) do n.º 1 do

artigo 20.º do seu Estatuto Orgânico, aprovado pelo Decreto Presidencial n.º 141/13, de 27 de Setembro, emite a seguinte:

**NORMA REGULAMENTAR SOBRE CONDUITA DE MERCADO E
TRATAMENTO DE RECLAMAÇÕES PELO ORGANISMO DE
SUPERVISÃO DA ACTIVIDADE SEGURADORA**

CAPÍTULO I

Disposições gerais

ARTIGO 1.º

(Objecto)

1. A presente Norma Regulamentar estabelece as regras gerais a observar pelas empresas de seguros no seu relacionamento com os tomadores de seguros, segurados, beneficiários ou terceiros lesados, em particular quanto à respectiva política de tratamento e gestão das reclamações que lhes sejam por aqueles apresentadas, assim como as apresentadas ao provedor do cliente e por ele tratadas.
2. Para efeitos de aplicação e supervisão do regime previsto no número anterior, a presente norma regulamentar estabelece:
 - a) Os princípios aplicáveis à conduta de mercado no âmbito do sistema de governação;
 - b) Os procedimentos aplicáveis ao interlocutor perante o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora;
 - c) Os requisitos aplicáveis ao reporte para efeitos de supervisão comportamental e à divulgação pública de informação.
3. A presente norma regulamentar define, ainda, o procedimento de tratamento das reclamações apresentadas ao Organismo de Supervisão da Actividade

Seguradora pelos tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados contra as empresas de seguros.

ARTIGO 2.º

(Âmbito de aplicação)

A presente Norma Regulamentar aplica-se:

- a) Às empresas de seguros, de resseguros e micro-seguros com sede em Angola;
- b) Às sucursais de empresas de seguros e de resseguros, ou outras formas de representação, de um país estrangeiro que exerçam ou pretendam exercer a sua actividade em território angolano.

ARTIGO 3.º

(Definições)

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

- a) «Clientes» os tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados, no âmbito da actividade seguradora;
- b) «Reclamação» a manifestação de discordância em relação a posição assumida por empresa de seguros;
- c) «Entidade reclamada» a entidade contra a qual é apresentada a reclamação;
- d) «Fraude nos 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;
- e) «Recomendação» a orientação emitida pelo provedor do cliente que resulte de uma análise dos procedimentos e decisões da empresa de seguros e que, conseqüentemente, preveja alguma medida corretiva ou que vise ajustar um ou mais dos procedimentos implementados pela mesma;

- f) «Suporte duradouro» um instrumento que permita armazenar informações que sejam dirigidas pessoalmente ao destinatário, de tal forma que possam ser consultadas a posterior e livremente durante um período adequado aos fins a que se destinam, e que permita uma reprodução exacta das informações armazenadas.

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 clientes, bem como pela implementação adequada da mesma e pela monitorização do respectivo cumprimento.
2. A política de tratamento aprovada nos termos do número anterior é consignada em documento escrito.
3. Para efeitos do n.º 1, compete ao órgão de administração:
 - 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 clientes;
 - b) Assegurar que a política aprovada é comunicada de forma eficaz a toda a empresa de seguros 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

da empresa de seguros na Internet, nos termos do disposto na alínea h) do n.º 2 do artigo 35.º, bem como, sempre que solicitado, através da entrega em suporte papel;

- d) Assegurar que a política aprovada é implementada e monitorizada de forma adequada e devidamente reflectida nos respectivos regulamentos ou em 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 respetivo relacionamento com os clientes, devendo, pelo menos, prever e garantir:

- a) O tratamento equitativo, diligente e transparente dos clientes;
- b) O tratamento adequado das necessidades de informação e de esclarecimento dos clientes, atendendo ao respetivo perfil e à natureza e complexidade da situação;
- c) A instituição dos mecanismos necessários para assegurar que não são comercializados pela empresa de seguros produtos de seguros com características desajustadas face ao perfil e às necessidades dos respetivos tomadores de seguros ou segurados;
- d) O tratamento dos dados pessoais recolhidos junto dos clientes, em conformidade com os princípios relativos ao tratamento de dados pessoais e demais obrigações aplicáveis, decorrentes da legislação aplicável à protecção de dados;
- e) A prevenção e a gestão de conflitos de interesses, no âmbito da gestão de reclamações;
- f) A gestão célere e eficiente dos processos relativos a clientes, designadamente em matéria de sinistros e de reclamações;

- g) A qualificação adequada dos colaboradores, em especial os que contactam directamente com os clientes, no sentido de assegurar a qualidade do atendimento, presencial e não presencial;
- h) Os mecanismos de reporte interno e monitorização do cumprimento da política de tratamento.

CAPÍTULO III

Gestão de reclamações e provedor do cliente

SECÇÃO I

Gestão de reclamações

ARTIGO 6.º

(Princípios gerais)

1. A empresa de seguros deve 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, e que assegure aos reclamantes total acessibilidade.
2. A empresa de seguros garante 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. A empresa de seguros assegura a gestão imparcial das reclamações apresentadas no âmbito do respectivo modelo organizacional e garante que situações susceptíveis de configurar conflitos de interesse são convenientemente prevenidas, identificadas, mitigadas e geridas.

4. A empresa de seguros garante que os colaboradores que intervenham na gestão dos processos relativos às reclamações são idóneos e detenham experiência a nível do sector segurador, conheçam os procedimentos internos e demais instrumentos da empresa relativos à gestão e tratamento das reclamações, possuam o mínimo de conhecimentos em matéria de contratos de seguros e demais legislações aplicáveis.
5. Independentemente do modelo organizacional adotado, a empresa de seguros garante que as respetivas unidades orgânicas disponibilizam a informação necessária para o exercício da função de gestão de reclamações.
6. A gestão de reclamações pela empresa 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. A empresa de seguros assegura o tratamento e a análise, numa base contínua, dos dados relativos à gestão de reclamações, de modo a detetar e corrigir problemas recorrentes ou sistémicos e a acautelar eventuais riscos legais ou operacionais.
8. Em observância do disposto no número anterior, a empresa de seguros deve, em especial, analisar as causas das reclamações recebidas de modo a identificar causas comuns a determinados tipos de reclamações, aferir se tais causas são passíveis de afetar outros processos ou outros produtos concebidos e comercializados pela mesma, incluindo aqueles processos ou produtos que não são diretamente objeto de reclamação e prevenir a recorrência das causas de reclamação.

9. O disposto na presente secção não prejudica o regime aplicável às reclamações formuladas no Livro de Reclamações, nos termos fixados na lei e respetiva regulamentação.

ARTIGO 7.º

(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 clientes, bem como pela implementação adequada do mesmo e pela monitorização do respetivo 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 externo, designadamente nos termos do disposto na subalínea ii) da alínea b) do n.º 2 do artigo 35.º.

ARTIGO 8.º

(Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações)

O Regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações deve, no mínimo, prever:

- a) O modelo organizacional adotado para a gestão de reclamações, incluindo os procedimentos e circuitos internos aplicáveis, a identificação clara e inequívoca do ponto de receção e resposta e, se distinto, das unidades

orgânicas competentes pelo tratamento e apreciação das mesmas, bem como informação relativa aos processos e procedimentos com elevado grau de automatização ou dependência de ferramentas digitais;

- b) Os requisitos mínimos e forma de apresentação das reclamações pelos clientes, sem prejuízo do disposto nos n.ºs 5 e 6 do artigo 10.º;
- c) Os dados de contacto para efeitos de apresentação das reclamações e, se distintos, para efeitos de acompanhamento do processo relativo à reclamação apresentada;
- d) Os prazos a observar na gestão das reclamações;
- e) A manutenção de sistemas adequados, designadamente sistemas electrónicos seguros, de registo da informação relativa à gestão das reclamações e de arquivo de documentação, os quais devem ser mantidos durante o prazo mínimo de cinco anos;
- f) A informação relativa à gestão das reclamações e documentação associada a que os clientes podem aceder e respetivas condições de acesso;
- g) O dever de colaboração com o provedor do cliente que a empresa de seguros tenha designado, ou com os mecanismos de resolução extrajudicial de litígios a que tenha aderido ou a que se encontre obrigada nos termos legais.

ARTIGO 9.º

(Informação geral relativa à gestão de reclamações)

1. Sem prejuízo da legislação aplicável, a empresa de seguros informa os clientes que com a mesma se relacionem sobre os procedimentos aplicáveis à gestão de reclamações, designadamente:
 - 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, os respetivos dados de contacto e as condições de elegibilidade aplicáveis, bem como dos

mecanismos de resolução extrajudicial de litígios a que a empresa de seguros tenha aderido ou a que se encontre obrigada nos termos legais.

2. A informação prevista no número anterior deve ser prestada em suporte duradouro, preferencialmente digital, acessível ao destinatário.
3. Sem prejuízo dos elementos de informação a divulgar nos termos do artigo 35.º, a informação prevista no n.º 1 deve ser igualmente disponibilizada ao público através de meios adequados, designadamente mediante afixação nos estabelecimentos, bem como, sempre que solicitado, através da entrega em suporte duradouro, preferencialmente digital, acordado com o destinatário,.

ARTIGO 10.º

(Apresentação e gestão de reclamações)

1. As reclamações dos clientes devem ser apresentadas por escrito, em suporte duradouro, preferencialmente digital, sem prejuízo da possibilidade de a empresa de seguros definir outros requisitos quanto à forma de apresentação das reclamações, desde que razoáveis e proporcionais face ao objetivo.
2. As reclamações dos clientes 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 do seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado, ou de pessoa que represente o reclamante;
 - c) Dados de contacto do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente;
 - d) Cópia do 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) Referência ao contrato que mantém com a seguradora;

- g) Data e local da reclamação.
3. Se a reclamação apresentada não se reportar à actividade da empresa de seguros, estas devem dar conhecimento desse facto ao reclamante, direccionando, caso integrem o mesmo grupo, a reclamação para a empresa à qual a reclamação se reporta.
 4. Após a respectiva recepção, as reclamações são numeradas sequencialmente e classificadas de acordo com a estrutura fixada pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora nos mapas de reporte previstos no n.º 3 do artigo 29.º, devendo, nos casos aplicáveis, ser indicado o código de produto previsto no artigo 34.º.
 5. 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.
 6. A não admissão de reclamações por parte da empresa de seguros pode ocorrer quando:
 - a) Sejam omitidos dados essenciais que inviabilizem a respetiva gestão e que não tenham sido corrigidos no prazo de 10 (dez) dias úteis a contar da comunicação referida no número anterior;
 - b) Se pretenda apresentar uma reclamação relativamente à matéria que seja da competência exclusiva de órgãos arbitrais ou judiciais ou quando a matéria objeto da reclamação se encontre pendente ou já tenha sido decidida por aquelas instâncias;

- c) Estas reiterem reclamações que sejam apresentadas pelo mesmo reclamante em relação à mesma questão e que já tenham sido objeto de resposta pela empresa de seguros;
- d) Reclamações em que o reclamante não seja parte legítima ou não tenha interesse em reclamar.

Sempre que a empresa de seguros não admitir reclamações apresentadas pelos clientes nos termos do número anterior, invocando a inobservância dos requisitos de admissibilidade pré-definidos, deve dar conhecimento desse facto por escrito ao reclamante, fundamentando a não admissão.

7. A empresa de seguros deve, quando acusa a receção da reclamação, informar de forma fundamentada o reclamante, quando tal seja previsível, sobre a impossibilidade objectiva de observar os prazos internos eventualmente definidos para a gestão de reclamações, indicando a data estimada para a conclusão da análise dos respectivos processos, bem como mantê-lo informado sobre as diligências em curso e a adoptar para efeitos de resposta à reclamação apresentada.
8. As comunicações previstas nos n.ºs 5, 7 e 8 devem ser efetuadas em suporte duradouro acessível ao destinatário, preferencialmente digital, num prazo que não exceda cinco dias úteis a contar da data de receção da reclamação, ou, no caso previsto na alínea a) do n.º 6, a partir do final do prazo nela previsto.
9. A empresa de seguros deve compilar e analisar toda a informação, designadamente a disponibilizada ao abrigo do n.º 5 do artigo 6.º, e reunir os meios de prova necessários a uma adequada e completa resposta às reclamações admitidas.

10. A empresa de seguros deve responder, por escrito, em suporte duradouro acessível ao reclamante, preferencialmente digital, no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis a contar da recepção da reclamação ou dos elementos previstos no n.º 5, transmitindo o resultado da apreciação da reclamação.
11. A resposta ao reclamante deve ser completa e fundamentada, incluindo a especificação das disposições legais e contratuais aplicáveis, e conter linguagem clara, objectiva e perceptível, adequando-se ao perfil específico do reclamante.
12. Sem prejuízo do disposto nos n.ºs 11 e 12, caso a resposta não satisfaça integralmente os termos da reclamação apresentada, a empresa de seguros deve indicar ao reclamante as opções de que este dispõe para prosseguir com o tratamento da sua pretensão, de acordo com as competentes normas legais e regulamentares.
13. A não admissão da reclamação com fundamento da alínea a) do n.º 6 do artigo 10.º não prejudica o direito do reclamante de apresentar nova reclamação sobre o mesmo objecto.

SECÇÃO II

Provedor do cliente

ARTIGO 11.º

(Princípios gerais)

1. Para efeitos de colaboração com o provedor, a empresa de seguros deve:

- a) Indicar um interlocutor privilegiado para os contactos com o mesmo, comunicando ao provedor a identidade do interlocutor designado;
 - b) Fornecer a informação e a documentação necessária ao desempenho das funções de provedor;
 - c) Assegurar as condições necessárias ao efectivo cumprimento dos respectivos deveres pelo provedor.
2. A apreciação de reclamações pelo provedor não prejudica o direito de recurso aos tribunais ou a mecanismos de resolução extrajudicial de litígios, incluindo os relativos a litígios transfronteiriços.
3. As funções de provedor do cliente não podem ser exercidas por pessoa singular que se encontre em qualquer situação de conflito de interesses susceptível de afectar a sua isenção de análise ou decisão, designadamente:
- a) Detenção directa ou indirecta, pelo próprio, respectivo cônjuge, pessoa a si unida de facto, ou parente em linha recta ou no segundo grau da linha colateral, de participação de, pelo menos, 1% do capital social ou de direito de voto em empresa de seguros ou entidade que com esta se encontre numa relação estreita ou de controlo ou em mediador de seguros;
 - b) Exercício pelo próprio, respectivo cônjuge, pessoa a si unida de facto, ou parente em linha recta ou no segundo grau da linha colateral, de funções de membro de órgão de administração, gestão, direcção de empresa de seguros ou entidade que com esta se encontre numa relação estreita ou de controlo ou em mediador de seguros;
 - c) Prestação de serviços distintos do exercício de funções enquanto provedor do cliente ou existência de um contrato de trabalho ou equiparado com empresa de seguros ou com mediador de seguros;

- d) Exercício, pelo próprio, de actividade profissional em sociedade de profissionais, quando esta sociedade de profissionais, os respetivos sócios, associados ou colaboradores, prestem serviços à empresa de seguros em causa ou a entidade que com esta se encontre numa relação estreita ou de controlo.

ARTIGO 12.º

(Conteúdo mínimo do regulamento de funcionamento aplicável ao provedor)

O regulamento de funcionamento aplicável à apreciação de reclamações pelo provedor deve, no mínimo, prever:

- a) As funções do provedor;
- 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 nos n.ºs 3 do artigo anterior, bem como as causas de impedimento;
- d) As causas de cessação das funções do provedor que correspondam ao incumprimento das condições exigidas para o respetivo exercício, bem como dos deveres a que o provedor se encontra vinculado;
- e) Os requisitos mínimos e forma de apresentação das reclamações pelos clientes, sem prejuízo do disposto no n.º 2 do artigo seguinte;
- f) Os dados de contacto para efeitos de apresentação das reclamações pelos clientes;
- g) Os prazos máximos definidos para efeitos das informações e comunicações previstas nos n.ºs 7, 9 e 11 do artigo seguinte, atendendo ao princípio do tratamento célere das reclamações;

h) Os mecanismos de articulação com a empresa de seguros.

ARTIGO 13.º

(Apresentação e apreciação de reclamações pelo provedor)

1. Os clientes podem apresentar reclamações junto do provedor do cliente designado pela empresa de seguros, nos termos do n.º 1 do artigo 129.º da Lei da Actividade Seguradora e Resseguradora.
2. São consideradas elegíveis para efeitos de apresentação ao provedor nos termos do número anterior as reclamações às quais não tenha sido dada resposta pela empresa de seguros no prazo máximo de 15 (quinze) dias úteis contados a partir da data da respectiva recepção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discorde do sentido da mesma, prorrogando-se o prazo máximo para 20 (vinte) dias úteis nos casos que revistam especial complexidade.
3. A apresentação de reclamações junto do provedor não acarreta quaisquer custos ou encargos para o reclamante, bem como quaisquer ónus que não sejam efectivamente indispensáveis para o cumprimento dessa função.
4. Os n.ºs 5 e 6 do artigo 10.º aplicam-se, com as devidas adaptações, à não admissão de reclamações por parte do provedor.
5. Sempre que tenha conhecimento de que a matéria objecto da reclamação se encontra pendente de resolução por parte de órgãos arbitrais ou judiciais, o provedor pode abster-se de dar continuidade à respectiva apreciação, informando o reclamante desse facto.
6. O provedor aprecia as reclamações que lhe sejam apresentadas pelos clientes, no prazo máximo de 20 (vinte) dias úteis contados a partir da data da respectiva

recepção, prorrogando-se o prazo máximo para 30 (trinta) dias úteis nos casos que revistam especial complexidade.

7. O provedor comunica por escrito ao reclamante, em suporte duradouro acessível ao último, preferencialmente digital, os resultados da apreciação da reclamação e respetiva fundamentação, incluindo a especificação das disposições legais e contratuais aplicáveis, e transmitindo, se for o caso, as recomendações que decida efectuar.
8. A resposta ao reclamante deve conter linguagem clara e perceptível, adequando-se ao perfil específico do reclamante.
9. O provedor comunica à empresa de seguros as reclamações recebidas e os resultados da respectiva apreciação e fundamentação, incluindo, se for o caso, as recomendações que decida efectuar.
10. A empresa de seguros informa o provedor quanto ao acolhimento ou não das recomendações por ele efetuadas, incluindo a respetiva fundamentação, no prazo máximo de dez (10) dias úteis contados a partir da data de recepção das mesmas.
11. O provedor informa o reclamante em causa, em suporte duradouro acessível ao último, preferencialmente digital, do não acolhimento pela empresa de seguros de recomendação que tenha efectuado, bem como da fundamentação por esta apresentada.

CAPÍTULO IV

Interlocutor perante o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora

ARTIGO 14.º

(Princípios gerais aplicáveis ao interlocutor)

1. A empresa de seguros designa um interlocutor privilegiado para efeitos do contacto com Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, designadamente no âmbito da gestão de reclamações e de resposta a pedidos de informação ou esclarecimentos, bem como para recepção e resposta a questionários ou outros pedidos de elementos, em matérias relacionadas à conduta de mercado.
2. Pode ser designado como interlocutor um colaborador, uma unidade funcional ou um membro do órgão de administração da empresa de seguros.
3. Caso, nos termos do número anterior, seja designada uma unidade funcional, considera-se como interlocutor, salvo indicação em contrário, o responsável da unidade funcional.
4. Independentemente do modelo organizacional adoptado para a gestão de reclamações, a empresa de seguros deve 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, em língua portuguesa, às solicitações que lhe sejam dirigidas pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 15.º

(Comunicação e suporte)

1. No âmbito da gestão de reclamações e de resposta a pedidos de informação ou esclarecimento, o relacionamento do Organismo de Supervisão da Actividade

Seguradora com os interlocutores privilegiados efectua-se por via preferencialmente digital.

2. A empresa de seguros deve manter em arquivo, em suporte digital, a documentação associada à gestão de reclamações e à resposta a pedidos de informação, esclarecimento, inquéritos ou outros elementos, em condições de legibilidade idênticas às dos documentos originais.

CAPÍTULO V

Política de concepção e aprovação de produtos de seguros

ARTIGO 16.º

(Princípios gerais aplicáveis à política de concepção e aprovação dos produtos de seguros)

1. A política de concepção e aprovação dos produtos de seguros das empresas de seguros deve constar de um documento escrito e incluir medidas e procedimentos que visem a concepção, monitorização, análise e distribuição dos produtos de seguros, bem como a aplicação de medidas correctivas aos produtos de seguros que impliquem prejuízos para os clientes.
2. As medidas e os procedimentos referidos no número anterior devem ser proporcionais ao grau de complexidade e aos riscos relacionados aos produtos, bem como à natureza, à escala e à complexidade das actividades do produtor.
3. A política de concepção e aprovação dos produtos de seguros das empresas de seguros deve:
 - a) Garantir que a concepção de produtos de seguros preencha os seguintes critérios:
 - i. Tem em conta os objectivos, os interesses e o perfil dos clientes;

- ii. Não afecta negativamente os clientes;
 - iii. Evita ou minimiza o risco de prejuízos para os clientes.
- b) Apoiar uma gestão adequada dos conflitos de interesses.

ARTIGO 17.º

(Mercado-alvo)

1. A política de concepção e aprovação dos produtos de seguros das empresas de seguros deve identificar, em relação a cada produto de seguros e a um nível suficientemente pormenorizado, o mercado-alvo e o grupo de clientes compatíveis com esse produto, tendo em consideração as características, o perfil de risco, a complexidade e a natureza do produto de seguros.
2. As empresas de seguros só devem conceber e comercializar produtos de seguros que sejam compatíveis com as necessidades, as características e os objetivos dos clientes pertencentes ao mercado-alvo.
3. Quando avaliam a compatibilidade de um produto de seguros com o mercado-alvo, as empresas de seguros devem ter em conta o nível de informações disponibilizadas aos clientes que pertencem ao referido mercado, bem como o nível de literacia financeira dos mesmos.
4. As empresas de seguros devem assegurar que o pessoal envolvido na concepção e produção de produtos de seguros disponha de qualificações, conhecimentos e competências necessárias para compreender devidamente os produtos de seguros vendidos, assim como os interesses, os objetivos e as características dos clientes pertencentes ao mercado-alvo.

ARTIGO 18.º

(Monitorização e revisão dos produtos)

1. As empresas de seguros devem monitorizar de forma contínua e rever periodicamente os produtos de seguros que introduziram no mercado, a fim de identificar acontecimentos susceptíveis de afectar significativamente as principais características, a cobertura dos riscos e as garantias dos referidos produtos, bem como avaliar se os produtos de seguros continuam a ser compatíveis com as necessidades, as características e os objetivos do mercado-alvo.
2. As empresas de seguros devem determinar os intervalos adequados para a revisão periódica dos seus produtos de seguros, tendo em conta, para o efeito, a dimensão, a escala, a vigência contratual e a complexidade dos referidos produtos de seguros, os respetivos canais de distribuição e eventuais factores externos pertinentes, tais como alterações à legislação aplicável, a evolução tecnológica ou alterações na situação do mercado.
3. As empresas de seguros que, durante o ciclo de vida de um produto de seguros, identifiquem quaisquer circunstâncias relacionadas com o produto de seguros, susceptíveis de afectar adversamente o cliente desse produto, devem tomar as medidas adequadas para atenuar a situação, prevenir a reprodução do evento prejudicial e informar, de imediato, os mediadores de seguros e os clientes em causa sobre as medidas correctivas tomadas.

ARTIGO 19.º

(Canais de distribuição)

1. As empresas de seguros devem seleccionar cuidadosamente canais de distribuição que sejam adequados para o mercado-alvo, tendo em conta as características específicas dos produtos de seguros que pretendam introduzir no mercado.

2. As empresas de seguros devem facultar aos mediadores de seguros, de forma clara, completa e actualizada, todas as informações pertinentes sobre os produtos de seguros, o mercado-alvo identificado e a estratégia de distribuição proposta, incluindo informações sobre as principais especificidades e características dos produtos de seguros, os respectivos riscos e custos, incluindo os custos implícitos, e quaisquer circunstâncias que possam causar um conflito de interesses em detrimento do cliente.

3. As informações a que se refere o número anterior devem permitir que os mediadores de seguros:
 - a) Compreendam os produtos de seguros;
 - b) Compreendam o mercado-alvo identificado para os produtos de seguros;
 - c) Identifiquem os clientes cujas necessidades, características e objectivos não são compatíveis com o produto de seguros.

4. As empresas de seguros devem adoptar medidas adequadas no sentido de controlarem, com razoável regularidade, se os mediadores de seguros actuam em conformidade com os objetivos do seu processo de aprovação do produto, verificando, de forma especial, se os produtos de seguros são distribuídos no mercado-alvo identificado.

5. Caso as empresas de seguros considerem que a distribuição dos seus produtos de seguros não é consentânea com os objetivos do seu processo de aprovação do produto devem adoptar as medidas corretivas adequadas.

CAPÍTULO VI

Política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros

ARTIGO 20.º

(Princípios gerais da política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros)

1. A política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros deve ser adequada à dimensão, estrutura organizacional e estrutura da carteira de clientes da empresa de seguros, bem como ao potencial risco a que esta se encontra exposta e à natureza e especificidade dos riscos assumidos na sua actividade.
2. A política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros pode ser incluída na política de gestão de riscos, desde que cumpridos os requisitos previstos na presente secção.

ARTIGO 21.º

(Conteúdo mínimo da política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros)

1. A política de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros referida no número 1 do artigo anterior deve, pelo menos, estabelecer:
 - a) Mecanismos e procedimentos aplicáveis em matéria de prevenção e detecção da fraude, interna ou externa, de seguros e da respectiva rede de distribuição, incluindo os procedimentos de averiguação;

- b) Métodos de identificação e avaliação do risco de fraude a que a empresa de seguros ou de resseguros se encontra sujeita;
- c) Políticas e programas de formação contínua e de sensibilização adequadas às funções desempenhadas pelos colaboradores da empresa de seguros ou de resseguros e aos riscos a estas associados;
- d) Canais adequados de comunicação, a nível interno e externo, bem como linhas de reporte apropriadas;
- e) Procedimentos de reporte das situações de fraude que os colaboradores da empresa de seguros ou de resseguros devem seguir;
- f) 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;
- g) Regras e procedimentos relativos à utilização do sistema de registo e do sistema de arquivo previstos na alínea anterior;
- h) A revisão periódica dos mecanismos e procedimentos implementados em matéria de prevenção e detecção da fraude nos seguros e um prazo máximo para o efeito;
- i) A adoção de medidas preventivas que visem obstar à repetição de práticas de fraude que sejam identificadas, tendo em conta a avaliação de risco efectuada;

- j) O desenvolvimento de análises internas periódicas que permitam reunir informação estatística sobre todas as práticas de fraude verificadas e identificar os principais factores que facilitaram a respectiva ocorrência, bem como os procedimentos e controlos de mitigação adoptados relativamente ao risco operacional em causa.
2. A efectiva implementação de políticas de prevenção, detecção e reporte de situações de fraude nos seguros nos termos do n.º 1 não prejudica a adopção de mecanismos de cooperação entre as empresas de seguros e de resseguros, desde que compatíveis com o regime da concorrência e da protecção de dados pessoais.

CAPÍTULO VII

Conduta de mercado no âmbito do sistema de governação

ARTIGO 22.º

(Princípios gerais aplicáveis no âmbito do sistema de governação)

1. O órgão de administração da empresa de seguros deve garantir que, no âmbito do sistema de governação, são adequadamente geridos os riscos associados à conduta de mercado da empresa ou entidade.
2. A empresa de seguros deve designar um membro do órgão de administração responsável pela actividade da empresa em matéria de conduta de mercado, sem prejuízo da responsabilidade individual e colegial dos demais membros do órgão de administração.
3. No caso das sucursais referidas na alínea b) do artigo 2.º, a responsabilidade pela actividade da sucursal em matéria de conduta de mercado é atribuída ao

respetivo mandatário geral, no âmbito do previsto no n.º 4 do artigo 42.º da Lei da Actividade Seguradora e Resseguradora.

4. O órgão de administração da empresa de seguros assegura que o número de colaboradores da empresa e as respectivas competências são adequados para apoiar as suas necessidades em matéria de conduta de mercado e os seus processos de gestão dos riscos de conduta numa base contínua, recebendo regularmente formação adequada para o efeito.
5. Os requisitos estabelecidos no presente capítulo são aplicados de forma proporcional à natureza, dimensão e complexidade dos riscos associados à conduta de mercado da empresa de seguros.

ARTIGO 23.º

(Função autónoma responsável pela conduta de mercado)

1. A empresa de seguros deve instituir uma função autónoma responsável pela conduta de mercado.
2. Compete à função autónoma responsável pela conduta de mercado, designadamente:
 - a) Apoiar o órgão de administração na definição e actualização das políticas, procedimentos, controlos e tomada de decisões em matérias relacionadas com a conduta de mercado;
 - b) Acompanhar, em permanência, a adequação, suficiência e actualidade das políticas e dos procedimentos e controlos em matérias relacionadas com a conduta de mercado, propondo as necessárias actualizações;
 - c) Participar na definição, acompanhamento e avaliação da política de formação interna da empresa de seguros em matérias relacionadas com a conduta de mercado;

- d) Assegurar a centralização de toda a informação relevante em matéria de conduta de mercado que provenha das diversas áreas da empresa ou entidade;
 - e) Actuar como ponto centralizado de contacto com as funções de gestão de riscos e de verificação do cumprimento para todas as matérias relacionadas com a conduta de mercado.
3. A empresa de seguros garante que as pessoas que exercem a função prevista no n.º 1:
- a) Actuam de modo independente e efectivo, e com autonomia decisória necessária a tal exercício;
 - b) Dispõem de idoneidade, qualificação profissional e disponibilidade adequadas ao exercício da função;
 - c) Dispõem de meios e recursos técnicos, materiais e humanos adequados ao bom desempenho da função;
 - d) Têm acesso irrestrito e atempado a toda a informação interna relevante para o exercício da função;
 - e) Não se encontram sujeitas a potenciais conflitos funcionais, em especial quando não se verifique a segregação das suas funções.
4. Cabe à empresa de seguros verificar previamente o preenchimento dos requisitos a que se refere a alínea b) do número anterior.

5. Sem prejuízo do disposto nas alíneas a) e b) do n.º 3, nos casos em que tal se justifique de acordo com o princípio da proporcionalidade, a função autónoma responsável pela conduta de mercado é cumulável com a função autónoma responsável pela gestão de reclamações.
6. A função autónoma responsável pela conduta de mercado pode, ainda, ser designada como interlocutor privilegiado para efeitos do contacto com o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, nos termos do artigo 14.º.
7. O responsável pela função autónoma da conduta de mercado está sujeito a registo junto Organismo de supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 24.º

(Avaliação da eficácia em matéria de conduta de mercado)

1. Sem prejuízo dos requisitos gerais aplicáveis ao sistema de governação, a empresa de seguros monitoriza, através de avaliações periódicas, a qualidade, adequação e eficácia das suas políticas e dos seus procedimentos e controlos relacionados com a conduta de mercado.
2. As avaliações referidas no número anterior são asseguradas, de forma independente, pela função de auditoria interna, devendo, para o efeito, ser facultado acesso irrestrito e atempado a toda a informação relevante.
3. O âmbito e periodicidade das avaliações a realizar deve ser proporcional à natureza, dimensão e complexidade dos riscos de conduta associados a cada uma das áreas de negócio, não excedendo, em qualquer caso, uma periodicidade trienal, e abrangendo, no mínimo, as seguintes matérias:
 - a) Subscrição e emissão de apólices de seguros,
 - b) Atendimento ao cliente;
 - c) Regularização de sinistros;

- d) Prestação de informação ao cliente;
 - e) Gestão de reclamações;
 - f) Relacionamento com os prestadores de serviços;
 - g) Processos e procedimentos com elevado grau de automatização ou dependência de ferramentas digitais;
 - h) O estado de execução das medidas correctivas anteriormente adoptadas, se aplicável.
4. Sempre que sejam detectadas insuficiências no âmbito da avaliação realizada, a empresa de seguros reforça ou altera as políticas e os procedimentos e controlos adoptados em matéria de conduta de mercado, através das medidas correctivas necessárias.
 5. Os resultados das avaliações realizadas integram o relatório escrito com as conclusões e recomendações da função de auditoria interna, devendo o excerto do relatório relativo a esses resultados ser enviado ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, bem como ao Auditor Externo para efeitos de parecer sobre o conteúdo dos referidos resultados.
 6. A implementação, por parte da empresa de seguros, de um sistema de gestão da qualidade não prejudica nem substitui as avaliações previstas no presente artigo, podendo os resultados dos inquéritos de satisfação do cliente realizados para áreas relevantes no âmbito do relacionamento com o mesmo ser objecto de divulgação pública, nos termos do disposto na alínea k) do n.º 2 do artigo 35.º.
 7. O disposto no presente artigo não prejudica a realização de auditorias especiais por entidade independente, nos termos previstos no n.º 3 do artigo 15.º do Lei da Actividade Seguradora e Resseguradora.

CAPÍTULO VIII

Reporte para efeitos de supervisão comportamental e divulgação pública de informação

ARTIGO 25.º

(Reporte pontual relativo à função autónoma responsável pela gestão de reclamações)

1. No prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data de implementação da função autónoma responsável pela gestão de reclamações, a empresa de seguros comunica, por escrito em suporte duradouro, preferencialmente digital, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, a identificação do ponto centralizado de recepção e resposta e respectivos dados de contacto.
2. Quaisquer alterações que se verifiquem quanto à informação prevista no número anterior são comunicadas ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data da respectiva ocorrência.

ARTIGO 26.º

(Reporte pontual relativo ao provedor)

1. No prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data de início de actividade do provedor do cliente, a empresa de seguros comunica, por escrito, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, a informação sobre a identidade do mesmo, acompanhada dos seguintes elementos:
 - a) *Curriculum vitae* do provedor do cliente;
 - b) *Contrato de prestação de serviço*;
 - c) Declaração do provedor do cliente que ateste, sob compromisso de honra, que o mesmo não se encontra em situação de conflito de interesses e que se compromete a comunicar ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora qualquer alteração dessa circunstância.
2. Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos no número anterior são comunicadas pela empresa de seguros ao Organismo de

Supervisão da Actividade Seguradora no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data da respectiva ocorrência.

ARTIGO 27.º

(Reporte pontual relativo ao interlocutor)

1. No prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data da respectiva designação, a empresa de seguros comunica, por escrito em suporte duradouro, preferencialmente digital, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, os dados de contacto do interlocutor designado nos termos do artigo 14.º.
2. Os dados de contacto do interlocutor incluem, para além da morada, o respetivo endereço de correio electrónico.
3. Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos nos números anteriores são comunicadas pela empresa de seguros ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data da respetiva ocorrência.

ARTIGO 28.º

(Reporte pontual relativo à função autónoma responsável pela conduta de mercado)

1. No prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data de implementação da função autónoma responsável pela conduta de mercado, a empresa de seguros comunica, por escrito, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, os respectivos dados de contacto.
2. Quaisquer alterações que se verifiquem quanto aos elementos previstos no número anterior são comunicadas ao Organismo de Supervisão da Actividade

Seguradora no prazo máximo de 10 (dez) dias úteis após a data da respectiva ocorrência.

ARTIGO 29.º

(Reporte regular relativo à gestão de reclamações)

1. A empresa de seguros elabora anualmente, para efeitos de supervisão comportamental, um relatório relativo à gestão de reclamações com referência ao ano anterior, que inclua, designadamente:
 - a) Elementos de índole estatística segmentados de acordo com as seguintes categorias:
 - i. Ramo, tipo ou modalidade de seguro;
 - ii. Tipologia do objeto da reclamação;
 - iii. Prazo médio de resposta;
 - iv. Prazo máximo de resposta;
 - v. Sentido da resposta ao reclamante;
 - vi. Reclamações que foram objecto de apreciação pelo provedor;
 - vii. Reclamações relativas a situações em que se verificou intervenção de mediador de seguros;
 - viii. Reclamações relativas a situações em que se verificou intervenção de prestador de serviços externo;
 - ix. Unidades de risco comportamental.
 - b) Análise qualitativa do processo de gestão de reclamações, incluindo as conclusões extraídas e as medidas implementadas ou a implementar.
2. Caso a empresa de seguros opte por admitir uma reclamação que, nos termos previstos na alínea c) do n.º 6 do artigo 10.º, reitere reclamação apresentada pelo mesmo reclamante em relação à mesma questão e que já tenha sido objeto de resposta pela empresa de seguros, em termos estatísticos devem ser tratadas

como uma única reclamação, sendo o prazo de resposta à primeira reclamação o relevante para esses efeitos.

3. Os elementos de índole estatística previstos na alínea a) do n.º 1 são apresentados de acordo com os mapas de reporte relativos à actividade seguradora disponibilizados no sítio do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora na Internet.
4. Os elementos previstos na alínea b) do n.º 1 devem incluir, designadamente:
 - a) A análise da evolução das reclamações e conclusões extraídas por:
 - i. Matérias objecto de reclamação;
 - ii. Ramos ou modalidades de seguros, desagregados nos termos previstos nos mapas de reporte referidos no número anterior;
 - iii. Principais causas das reclamações por ramos ou modalidades de seguros, desagregados nos termos previstos nos mapas de reporte referidos no número anterior;
 - iv. Qualidade dos reclamantes (tomador do seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado);
 - v. Principais causas de reclamações em contratos em que se verificou intervenção de mediador de seguros ou de prestador de serviços externo;
 - vi. Tipo de decisão quanto à reclamação, incluindo a identificação dos ramos de seguros em que se registou um maior número de respostas favoráveis e um maior número de respostas desfavoráveis.
 - b) A indicação, se for o caso, de possíveis factores justificativos das oscilações verificadas na evolução analisada em cada uma das subalíneas da alínea anterior;
 - c) As medidas implementadas e a implementar face à análise e conclusões extraídas relativamente ao ano a que se refere o relatório;
 - d) As medidas implementadas no ano a que se refere o relatório face à análise e conclusões extraídas relativamente ao ano anterior.

5. As empresas de seguros referidas no artigo 2.º remetem ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora o relatório previsto no n.º 1 até ao final do mês de Fevereiro.
6. O processo de disponibilização e envio do relatório relativo à gestão de reclamações previsto no n.º 1 é efetuado através da utilização do Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 30.º

(Reporte regular referente a informação de natureza comportamental)

1. No prazo de 30 dias após o final de cada trimestre, com referência ao trimestre anterior, a empresa de seguros, comunica ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora os elementos de índole estatística segmentados de acordo com as seguintes categorias:
 - a) Elementos mencionados na alínea a) do n.º 1 do artigo anterior;
 - b) Apólices e pessoas seguras;
 - c) Sinistros;
 - d) Prémios emitidos, prestações ou entregas;
 - e) Situações de fraude;
 - f) *Call centers*.
2. Os elementos de índole estatística previstos no número anterior são apresentados de acordo com os mapas de reporte relativos à actividade disponibilizados no Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.
3. O processo de disponibilização e envio do reporte regular referente à informação de natureza comportamental previsto nos n.ºs 1 e 2 é efetuado através da utilização do Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 31.º

(Reporte regular referente à apreciação de reclamações pelo provedor)

1. Até ao final do mês de Janeiro de cada ano, o provedor remete, por escrito, em suporte duradouro, preferencialmente digital, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora e à empresa de seguros em causa a informação a divulgar relativamente a cada recomendação apresentada durante o ano anterior, a qual deve conter, de forma clara e sucinta, os seguintes elementos:
 - a) Designação da empresa de seguros;
 - b) Objeto da reclamação;
 - c) Recomendação;
 - d) Menção do acolhimento ou não de cada recomendação pelos respectivos destinatários, designadamente pela empresa de seguros e respetiva fundamentação.
2. Caso o provedor não haja emitido qualquer recomendação durante o ano, deve prestar essa informação ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora até à data indicada no número anterior.

ARTIGO 32.º

(Reporte pontual referente à política de concepção e aprovação dos produtos de seguros)

As medidas pertinentes adoptadas pelas empresas de seguros em relação ao seu processo de aprovação do produto devem ser devidamente documentadas, conservadas para fins de auditoria e colocadas à disposição do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, mediante solicitação.

ARTIGO 33.º

(Relatório para efeitos de supervisão comportamental)

1. A empresa de seguros elabora anualmente e remete, até 15 de Abril, ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, um relatório para efeitos

de supervisão comportamental que inclua, pela ordem sequencial indicada, os seguintes elementos:

- a) Descrição da política de aceitação de riscos e da estratégia de introdução de produtos de seguros no mercado no ano a que respeita o relatório, tendo em consideração a política de concepção e aprovação de produtos de seguros instituída, bem como informação sobre a existência de processos e procedimentos com elevado grau de automatização ou dependência de ferramentas digitais na gestão dos riscos;
 - b) Estratégias e taxas de retenção de clientes;
 - c) Descrição dos procedimentos de gestão de sinistros, incluindo os processos e procedimentos com elevado grau de automatização ou dependência de ferramentas digitais;
 - d) Descrição dos procedimentos adoptados pela empresa de seguros no armazenamento da informação relevante para efeitos da conduta de mercado;
 - e) Demonstração da adequação dos planos de participação nos resultados às características da carteira de seguros, bem como da sua aplicação;
 - f) Demonstração da adequação da componente de perda dos passivos de contratos de seguro do ramo Vida, eventualmente constituídos;
 - g) Demonstração da adequação da política de concepção e aprovação de produtos de seguros referida no capítulo V, bem como da sua aplicação;
 - h) Descrição genérica dos processos e procedimentos com elevado grau de automatização ou dependência de ferramentas digitais implementados no âmbito da gestão de reclamações.
2. O processo de disponibilização e envio do relatório previsto no número anterior é efectuado através da utilização do Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 34.º

(Informação sobre produtos seguros)

1. As empresas de seguros comunicam ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, até oito (8) dias úteis após o início de comercialização de cada produto de seguros, os seguintes elementos:
 - a) Relativamente à cobertura principal dos seguros e operações do ramo Vida:
 - i. Código do produto;
 - ii. Ramo de seguro;
 - iii. Designação técnica do produto;
 - iv. Designação comercial do produto;
 - v. Se se qualifica como PPR/E;
 - vi. Se se qualifica como produto de investimento com base em seguros;
 - vii. Tipo de contrato;
 - viii. Forma de contratação;
 - ix. Se se trata de um produto utilizado exclusivamente para financiamento de planos de pensões;
 - x. Se existe contrasseguro de prémios;
 - xi. Se confere direito a resgate;
 - xii. Data de início da comercialização;
 - xiii. Data de fim da comercialização, se aplicável;
 - xiv. Identificação das coberturas;
 - xv. Identificação das coberturas complementares;
 - xvi. Se existe rendimento garantido e como é fixado;
 - xvii. Indicação da taxa técnica garantida;
 - xviii. Se prevê participação nos resultados;
 - xix. Se a participação nos resultados depende de resultados estritamente técnicos;
 - xx. Número do fundo autónomo.
 - b) Relativamente às coberturas complementares de seguros de produtos do ramo Vida:

- i. Código do produto;
 - ii. Designação comercial;
 - iii. Data de início da comercialização;
 - iv. Identificação da cobertura;
- c) Relativamente aos seguros dos ramos Não Vida:
 - i. Código do produto;
 - ii. Ramo do seguro;
 - iii. Designação técnica do produto;
 - iv. Designação comercial do produto;
 - v. Se se trata de seguro obrigatório;
 - vi. Forma de contratação;
 - vii. Data de início da comercialização;
 - viii. Data de fim da comercialização;
 - ix. Identificação da cobertura principal;
 - x. Identificação das coberturas complementares/acessórias;
 - xi. Duração do contrato.
2. As empresas de seguros referidas no número anterior comunicam ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora o fim de comercialização de cada produto de seguros, até oito (8) dias úteis após essa data.
3. As comunicações previstas nos números anteriores são efetuadas através de formulário próprio disponível no Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.
4. As empresas de seguros, relativamente a produtos de seguros de grandes riscos, mantêm disponível para consulta e, quando solicitado, para prestação de informação ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, um arquivo informático, contendo os elementos previstos no número 1 do presente artigo.

ARTIGO 35.º

(Sítio na Internet e divulgação pública de informação)

1. A empresa de seguros deve dispor de um sítio autónomo na Internet, redigido em língua portuguesa, que inclua um separador específico dedicado à matéria da conduta de mercado, denominado “Informações relevantes para o cliente”, no qual deve ser incluída toda a informação relevante nesse âmbito.

2. A informação referida no número anterior deve ser apresentada de forma estruturada, de acordo com os seguintes elementos e ordem sequencial:
 - a) Indicação dos meios para apresentar uma reclamação junto da empresa de seguros;
 - b) Função autónoma responsável pela gestão de reclamações:
 - i. Contactos;
 - ii. Regulamento de funcionamento aplicável à gestão de reclamações;
 - c) Indicação dos meios para apresentar uma reclamação junto do provedor, especificando os requisitos de elegibilidade previstos no n.º 2 do artigo 13.º;
 - d) Provedor do cliente:
 - i. Contactos;
 - ii. Regulamento de funcionamento aplicável ao provedor;
 - e) Indicação dos meios para apresentar uma reclamação junto do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, especificando os requisitos de elegibilidade previstos no n.º 2 do artigo 37.º;
 - f) Indicação do direito de recurso aos tribunais e mecanismos de resolução extrajudicial de litígios;
 - g) Política de tratamento dos clientes;
 - h) Código de conduta da empresa de seguros, sem prejuízo de o mesmo ser igualmente divulgado noutra local do sítio na Internet;

- i) Informação relativa a convenções, protocolos ou outros acordos entre empresas que possam ter impacto no seu relacionamento com os clientes, designadamente em matéria de regularização de sinistros;
- j) Nos casos aplicáveis, resultados do inquérito de satisfação do cliente para áreas relevantes no âmbito do relacionamento com o mesmo, nos termos previstos no n.º 6 do artigo 24.º;
- k) Relativamente aos seguros de capitalização e às operações de capitalização, condições de pagamento do valor de resgate e do valor de reembolso no vencimento do contrato, designadamente as diligências e documentos exigíveis e os prazos estabelecidos para o efeito, sem prejuízo de essa informação ser igualmente divulgada noutra local do sítio na Internet.

CAPÍTULO IX

Tratamento de reclamações pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora

ARTIGO 36.º

(Princípios gerais e comunicações no âmbito do tratamento de reclamações)

1. No tratamento das reclamações, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora pauta-se pelas melhores práticas administrativas de eficiência, celeridade e economicidade, tratando de forma justa e imparcial todos aqueles que com ela entrem em relação e privilegiando a utilização de meios eletrónicos na obtenção e prestação da informação necessária.
2. O procedimento de tratamento de reclamações pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora é gratuito, incumbindo ao serviço responsável pelo mesmo a análise da questão suscitada e a aferição do cumprimento das normas aplicáveis.

3. O procedimento de tratamento de reclamações não prejudica o direito de recurso do reclamante a outras instâncias.

ARTIGO 37.º

(Apresentação de reclamação ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora)

1. Os tomadores de seguros, segurados, terceiros beneficiários e lesados podem apresentar uma reclamação ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora relativa a actos ou omissões de uma entidade supervisionada, desde que tal reclamação tenha sido previamente apresentada à entidade reclamada e não tenha sido resolvida, nos termos do número seguinte.
2. O Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora apenas aprecia as reclamações que não estejam pendentes noutras instâncias e às quais não tenha sido dada resposta pela entidade reclamada no prazo máximo de 20 dias úteis contados a partir da data da respetiva recepção ou quando, tendo sido dada uma resposta, o reclamante discordar do sentido da mesma.
3. As reclamações que reúnam as condições previstas no número anterior são apresentadas, preferencialmente, mediante o preenchimento de formulário disponível no Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora prestando as informações e juntando os documentos ali requeridos, nomeadamente:
 - a) Nome completo e dados de contacto do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o representa;
 - b) Documento de identificação do reclamante;
 - c) Procuração outorgada pelo reclamante a favor da pessoa que o representa, caso aplicável;
 - d) Identificação da entidade reclamada;
 - e) Descrição dos factos;

- f) Cópia de comprovativos de prejuízos sofridos e despesas realizadas (caso se aplique);
 - g) Cópia da reclamação apresentada junto da entidade reclamada e comprovativo da data de apresentação da mesma;
 - h) Resposta da entidade reclamada, caso exista.
4. Nos casos aplicáveis, podem ainda ser indicados o número de apólice ou contrato, o número do processo de sinistro e o número do processo de reclamação atribuído pela entidade reclamada.

ARTIGO 38.º

(Abertura do procedimento)

Na sequência da recepção de uma reclamação pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora é aberto um procedimento de reclamação, mediante a atribuição de um número e a sua inserção em plataforma eletrónica do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 39.º

(Arquivamento liminar)

1. A reclamação é liminarmente arquivada, informando-se o reclamante desse facto, quando:
 - a) Não se enquadre no âmbito das atribuições legais do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora;
 - b) Não cumpra os requisitos previstos no n.º 2 do artigo 37.º;
 - c) Não sejam prestadas as informações ou apresentados todos os documentos referidos no n.º 3 do artigo 37.º;
 - d) Esteja redigida de forma ininteligível ou em termos vexatórios e ofensivos;
 - e) Seja manifestamente infundada.
2. A reclamação pode ainda ser liminarmente arquivada quando se trate de pedido que reitere reclamação já apresentada pelo mesmo reclamante em relação à

mesma matéria e que já tenha sido objeto de resposta pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

3. Nos casos em que seja pouco claro o enunciado dos factos em que se baseia o pedido, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora solicita ao reclamante os esclarecimentos adicionais necessários, que devem ser prestados no prazo máximo de dez (10) dias úteis, sob pena de arquivamento.

ARTIGO 40.º

(Tramitação)

1. Quando não haja lugar a arquivamento liminar, o reclamante é informado da abertura do procedimento, bem como de um código e senha de acesso que permitem obter informação sobre o estado do procedimento, disponível na área reservada para o efeito no Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.
2. Conjuntamente com a informação prevista no número anterior, o reclamante é informado de que o teor da sua reclamação poderá ser partilhada com a entidade reclamada, podendo ainda ser-lhe solicitado o envio de documentação adicional ou de outros elementos necessários à análise da sua reclamação, com a indicação de que tais elementos também poderão ser partilhados com a entidade reclamada.
3. Salvo nos casos em que seja necessária a produção de prova adicional, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora pode emitir o seu parecer sobre o conteúdo da reclamação sem audiência prévia da entidade reclamada quando:
 - i. Se tratar de reclamação que para conhecimento do seu mérito seja necessária a mera prova documental ou verificação de cumprimento de prazo legal;

- ii. A reclamação apresentada contenha os documentos necessários para fazer prova dos factos alegados.
4. Nas situações em que a reclamação careça de provas adicionais e não se enquadre em nenhuma das situações previstas no número anterior, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora notifica a entidade reclamada, para que possa exercer o contraditório, sendo igualmente remetida notificação ao reclamante dando nota da diligência realizada.
5. A entidade reclamada dispõe do prazo máximo de sete (7) dias úteis para emitir resposta fundamentada às solicitações feitas pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, podendo tal prazo ser prorrogado mediante solicitação, em casos de especial complexidade ou se for indispensável a recolha de informações e elementos adicionais relevantes.
6. A entidade reclamada pode, caso se justifique, responder ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora remetendo para os termos da resposta à reclamação enviada ao reclamante.
7. No caso previsto no número anterior, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora pode proceder ao arquivamento imediato do processo de reclamação caso verifique que, da resposta dada pela entidade reclamada ao reclamante, o assunto se encontra resolvido ou tenham sido prestados na totalidade os esclarecimentos devidos.
8. Sempre que a resposta apresentada pela entidade reclamada não contenha elementos que permitam a emissão de parecer final, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora pode solicitar informação adicional ou promover reuniões de esclarecimento a serem realizadas dentro dos prazos estabelecidos pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

9. O Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora pode, sempre que entender necessário, realizar sessões de mediação entre as partes envolvidas de modo a serem promovidos potenciais acordos.

ARTIGO 41.º

(Prazo de análise)

1. Sem prejuízo do previsto no n.º 6 do artigo anterior, o Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora conclui, por regra, a análise da reclamação no prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da abertura do procedimento.
2. O prazo para análise da reclamação é suspenso quando esteja a decorrer um prazo concedido pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora para prestação de informações ou para o envio de elementos úteis ou necessários, quer por parte da entidade reclamada, quer por parte do reclamante.
3. O reclamante é informado do estado do procedimento da reclamação no Portal do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora, ao qual acede mediante o código e senha de acesso previstos no n.º 1 do artigo anterior.

ARTIGO 42.º

(Extinção do procedimento)

1. O procedimento de reclamação extingue-se por:
 - a) Comunicação pelo reclamante da desistência da reclamação;
 - b) Comunicação por uma das partes ao Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora da existência de acordo relativo ao objecto da reclamação;
 - c) Comunicação ao reclamante da decisão final do Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora ou do arquivamento do processo nos termos previstos no n.º 6 do artigo 40.º.

2. Os dados pessoais recolhidos pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora no âmbito do tratamento de reclamações são conservados durante um período de cinco anos após a extinção do procedimento, salvo se prazo superior for fixado em lei especial.
3. Sem prejuízo do regime aplicável à proteção de dados pessoais, a extinção do procedimento de reclamação não prejudica a utilização dos elementos recolhidos no âmbito do mesmo para efeitos de instauração de um processo de contraordenação ou no âmbito de uma acção de supervisão, podendo, nesta última, ser emitidas recomendações à entidade reclamada.

CAPÍTULO X

Disposições finais

ARTIGO 43.º

(Revogação)

Com a entrada em vigor da presente Norma Regulamentar, é revogado o Aviso n.º 1/15, de 13 de Outubro.

ARTIGO 44.º

(Dúvidas e omissões)

As dúvidas e omissões decorrentes da interpretação e aplicação da presente Norma Regulamentar são resolvidas pelo Organismo de Supervisão da Actividade Seguradora.

ARTIGO 45.º

(Entrada em vigor)

A presente norma regulamentar entra imediatamente em vigor.

Publique-se.

Luanda, ____ de _____ de 2024

O Presidente do Conselho de Administração

Elmer Serrão