

Capítulo 5
Análise da Evolução das
Reclamações

99

5

Análise da Evolução das Reclamações

5.1 Enquadramento

O ISP recebe diariamente reclamações que envolvem os operadores que se dedicam às actividades seguradora, de mediação de seguros e de gestão de fundos de pensões.

No presente capítulo, (i) descrevem-se as principais características do sistema de tratamento de reclamações do ISP, (ii) elencam-se as iniciativas desenvolvidas em 2009 no que a este se refere, (iii) analisam-se os dados estatísticos relativos às reclamações apreciadas pelo ISP, (iv) apresenta-se um conjunto de exemplos de reclamações e sua apreciação e, (v) por último, assinala-se a intervenção dos provedores dos participantes e beneficiários para as adesões individuais aos fundos de pensões abertos no respeitante a esta matéria.

5.2 Gestão de reclamações pelo ISP

5.2.1 Considerações gerais

Os objectivos prosseguidos pelo sistema de tratamento de reclamações implementado pelo ISP podem ser reconduzidos, genericamente, a uma intervenção com vista à tentativa de conciliação dos interesses das partes envolvidas (em regra, reclamante e operador) e a uma actuação conducente à recolha e posterior análise de informação relativa à conduta das entidades supervisionadas.

Com efeito, as conclusões formuladas a partir do confronto do teor da reclamação com o enquadramento jurídico aplicável e do seu exame à luz dos padrões de comportamento exigíveis em matéria de conduta de mercado servirão de base para a ponderação da eventual adopção de medidas no quadro das competências legais de supervisão do ISP.

Na prática, a apreciação de uma reclamação pode justificar o início de algumas diligências em matéria de supervisão, *on-site* e *off-site*. Por outro lado, do seu estudo pode resultar a identificação de uma prática proibida e sancionável. Adicionalmente, a informação recolhida nesta sede é também objecto de reflexão para efeitos de promoção de eventuais iniciativas regulatórias.

No contexto da gestão das reclamações que lhe são remetidas, o ISP adoptou uma noção abrangente de reclamação, muito próxima da que consta da alínea *a*) do artigo 3.º da Norma Regulamentar n.º 10/2009-R, de 25 de Junho, sobre Conduta de Mercado (*i.e.*, “*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*”).

O acesso ao sistema disponibilizado pelo ISP é gratuito e abrange todas as reclamações que digam respeito a operadores, produtos e serviços supervisionados pelo ISP. Caso se verifique que uma reclamação não integra as suas atribuições, mas, ao invés, as de outra entidade ou autoridade de supervisão, procede-se ao respectivo reencaminhamento. É de salientar ainda que, embora o ISP não formule decisões vinculativas sobre os casos apreciados, o parecer que transmite quanto às questões analisadas desempenha um papel relevante na resolução dos conflitos subjacentes.

As reclamações podem ser dirigidas directamente ao ISP ou, em alternativa, através do recurso ao Livro de Reclamações. No primeiro caso, o reclamante tem ao seu dispor diversas opções, na medida em que o ISP não requer procedimentos específicos para o efeito. Na verdade, estas são habitualmente formuladas através de correio postal, fax, correio electrónico ou mediante do preenchimento de formulário próprio disponível no sítio da Internet do ISP e no Portal do Consumidor de Seguros e Fundos de Pensões.

Acresce que, sem prejuízo dos elementos mínimos que permitem o tratamento das reclamações, o ISP não estabelece restrições, quer no que diz respeito ao tipo de reclamante, que pode corresponder a qualquer interessado, quer em função da matéria em apreço. Por outro lado, também não são definidas pré-condições para apresentação de uma reclamação. Assim, não se atende, por exemplo, ao tempo decorrido entre a data a que os factos expostos remontam e o momento da concretização da reclamação, nem se exige que o reclamante se dirija previamente ao operador em questão.

Todavia, cumpre sublinhar que, actualmente, na sequência das alterações legislativas e regulamentares verificadas em 2009 no que toca ao sector segurador, todas as empresas de seguros devem designar uma função autónoma especificamente dedicada ao tratamento das reclamações. Deste modo, ao reclamante assiste a possibilidade de contactar directamente aquela estrutura no sentido de ver satisfeita a sua pretensão. Para além daquela, foi igualmente implementada a figura do provedor do cliente das empresas de seguros, instância que terá igualmente a seu cargo, como segundo nível de apreciação, a análise das reclamações que lhe sejam submetidas por tomadores de seguros, segurados, beneficiários e terceiros lesados. É, pois, expectável que o recurso ao tratamento interno das reclamações por parte dos operadores – cuja monitorização será acompanhada pelo ISP – se caracterize, ainda, por uma maior expressão.

Por último, é de assinalar que os procedimentos internos fixados para o tratamento das reclamações recepcionadas pelo ISP consideram as orientações definidas nos protocolos de cooperação¹ subscritos pelas autoridades de supervisão nacionais no seio do *Committee of European Insurance and Occupational Pensions Supervisors* (CEIOPS), que se referem aos sectores em apreço².

Do sítio da Internet do CEIOPS consta ainda informação sistematizada sobre os pontos de contacto, bem como sobre as principais características dos sistemas instituídos a nível nacional quanto à gestão de reclamações por parte das autoridades de supervisão competentes para o efeito³.

5.2.2 Principais desenvolvimentos em 2009

Paralelamente aos trabalhos do foro regulatório, procurou o ISP, por sua iniciativa ou em conjunto com outras entidades, desenvolver mecanismos que contribuíssem para facilitar a utilização do sistema de tratamento de reclamações que gere, através da respectiva optimização e, bem assim, empregar maior celeridade nos procedimentos implementados neste domínio.

¹ Disponíveis em <http://www.ceiops.eu/content/view/19/23/>.

² Em concreto, o *General Protocol relating to the collaboration of the insurance supervisory authorities of the Member States of the European Union (Siena Protocol)*; cfr. *Part VII – Handling of Policyholder Complaints*), o *Protocol relating to the cooperation of the competent authorities of the Member States of the European Union in particular concerning the application of Directive 2002/92/EC of the European Parliament and of the Council of 9 December 2002 on Insurance Mediation (Luxembourg Protocol)*; cfr. *Part. IV, Treatment of Complaints*) e o *Protocol relating to the collaboration of the relevant competent authorities of the Member States of the European Union in particular in the application of the Directive 2003/41/EC of the European Parliament and of the Council of 3 June 2003 on the activities and supervision of institutions for occupational retirement provisions (IORPs) operating cross-border activity (Budapest Protocol)*; cfr. *Part 4 - Complaints from members and beneficiaries e Appendix 7*), referentes, respectivamente, aos sectores dos seguros, da mediação dos seguros e dos fundos de pensões.

³ Para os sectores segurador e da mediação de seguros, cfr. <http://www.ceiops.eu/index.php?option=content&task=view&id=521&Itemid=215> e, no que concerne ao sector das pensões, aguarda-se, para breve, a publicação de semelhante informação.

Com efeito, reconhecendo a relevância da matéria das reclamações no quadro da conduta de mercado, o ISP tem vindo a mobilizar recursos, com vista a dar cumprimento aos objectivos a que se propôs.

Por outro lado, durante 2009, tornou-se possível o acesso, por parte do reclamante, a informação relativa ao(s) seu(s) processo(s), mediante consulta ao Portal do Consumidor dos Seguros e Fundos de Pensões sediado no sítio da Internet. No âmbito da articulação com a Rede Telemática de Informação Comum, os dados referentes aos casos tratados pelo ISP encontram-se integrados com as bases geridas pela Direcção-Geral do Consumidor (DGC), pelo que é igualmente possível consultar, em <http://rtic.consumidor.pt/home>, o estado das reclamações submetidas ao ISP.

Neste contexto, afigura-se ainda de destacar os trabalhos conducentes à utilização (a partir de Março de 2009, com efeitos retroactivos a 1 de Janeiro do mesmo ano) de uma nova matriz para efeitos de registo das reclamações apreciadas pelo ISP. Entre as vantagens que militam a favor da manutenção de uma classificação estatística afinada e consistente neste campo, incluem-se as seguintes: (i) a identificação de áreas de risco, (ii) a individualização de situações que reclamam, ao nível da conduta de mercado, uma intervenção no plano regulatório ou de supervisão e (iii) a possibilidade de formação de *benchmarks* e *rankings* relativamente aos mercados em causa e seus principais intervenientes.

Reconhecendo que este tema reveste especial importância e influi na confiança depositada pelos consumidores nos sectores sob supervisão e, conseqüentemente, na estabilidade dos mercados segurador e de fundos de pensões, o ISP assumiu o compromisso de continuar a fomentar as iniciativas adequadas com vista a, entre outros objectivos, (i) propor ou desenvolver alterações ao enquadramento legislativo, tendo em conta o incremento do grau de protecção dos credores específicos de seguros e de pensões e a estabilidade dos mercados e (ii) contribuir para o aumento do nível de consciencialização dos consumidores, relativamente aos direitos que lhes assistem e às estruturas a que podem recorrer.

Deste modo, com vista a melhorar a eficácia, celeridade e segurança das comunicações efectuadas com os operadores, no âmbito de gestão de reclamações e de resposta a pedidos de informação e esclarecimento, o ISP promoveu, no início de 2010, o desenvolvimento de uma aplicação informática de suporte à gestão de reclamações que possibilitará que o relacionamento entre a autoridade de supervisão e os interlocutores designados pelas empresas de seguros e as entidades gestoras de fundos de pensões se realize através do Portal do Consumidor de Seguros e Fundos de Pensões - Operadores.

5.3 Análise das reclamações recepcionadas

5.3.1 Apresentação de dados estatísticos e respectiva apreciação

Em seguida, apresentam-se os elementos estatísticos recolhidos para efeitos de divulgação no âmbito do presente relatório, ilustrando o universo das reclamações tratadas pelo ISP durante o ano 2009.

É de ressaltar, genericamente, a optimização da matriz de classificação interna dos processos geridos pelo ISP que permite, actualmente, uma análise mais granular.

5.3.2 Evolução do número de reclamações

O ISP analisou, em 2009, um total de 6.968 reclamações, tendo cerca de 34% sido apresentadas através do Livro de Reclamações, disponível nos estabelecimentos das entidades supervisionadas.

Face ao ano anterior, este valor representou, como se pode verificar da leitura do quadro *infra*, um acréscimo de 33% no número global de reclamações apreciadas pela autoridade de supervisão.

Este aumento pode, em parte, justificar-se pela continuação do desenvolvimento de instrumentos privilegiados para efeitos de contacto com o consumidor que, agilizando os procedimentos inerentes à formalização de uma reclamação, permitem o acompanhamento da sua evolução.

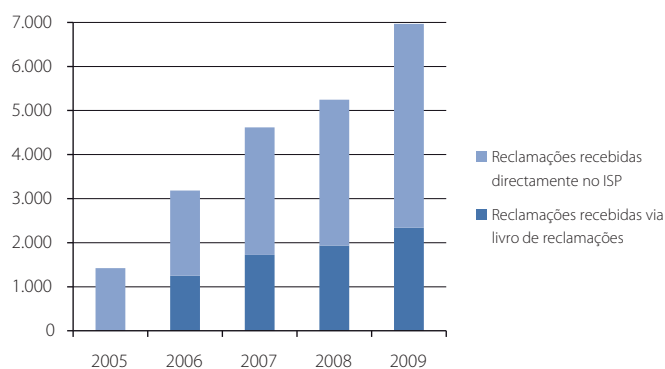
Importa ainda sublinhar a tendência de crescente utilização do Livro de Reclamações enquanto instrumento facilitador do registo de reclamações.

Quadro 5.1 Evolução das reclamações apresentadas ao ISP (2005-2009)

Ano	Recebidas via livro de reclamações	Recebidas directamente no ISP	Total geral
2005	— *	1.421	1.421
2006	1.252	1.933	3.185
2007	1.721	2.895	4.616
2008	1.935	3.312	5.247
2009	2.338	4.630	6.968

* Atendendo à data de entrada em vigor do regime jurídico do livro de reclamações

Gráfico 5.1 Evolução das reclamações apresentadas ao ISP (2005-2009)

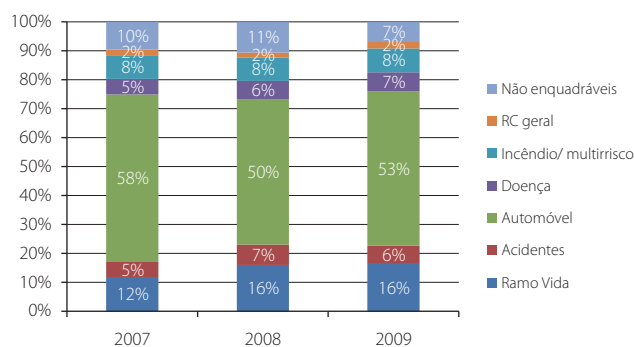


No que concerne aos elementos estatísticos *supra* apresentados, é de salientar que, no confronto entre as reclamações apresentadas via Livro de Reclamações e as recebidas junto do ISP, se verificou que a maioria dos reclamantes se dirigiu directamente à autoridade de supervisão. Perante as alterações legislativas e regulamentares registadas em 2009, é possível que esta tendência venha a ser atenuada no que se refere ao sector dos seguros. Com efeito, face ao novo enquadramento a que o tratamento de reclamações se encontra hoje sujeito, é expectável que os reclamantes passem a dirigir-se, com maior frequência, aos operadores, na tentativa de encontrar uma solução tão consensual quanto possível para os diferendos existentes.

Quadro 5.2 Distribuição das reclamações por ramos, em valores absolutos (2007-2009)

		N.º		
		2007	2008	2009
Ramo Vida		547	841	1.139
Ramos Não Vida	Acidentes	240	367	440
	Automóvel	2.672	2.640	3.722
	Doença	248	331	456
	Incêndio/ multirriscos	377	420	571
	RC geral	93	93	157
Não enquadráveis		439	555	483
Total Geral		4.616	5.247	6.968

Atendendo à *Distribuição das reclamações por ramos, em valores absolutos*, constata-se que, em 2009, as reclamações apresentadas foram maioritariamente referentes a temas relacionados com o ramo *Automóvel*, seguindo-se as reclamações relativas ao *Ramo Vida* e aos seguros usualmente comercializados como *Incêndio/multirriscos*. Estes elementos mostram-se em linha com os valores apurados nos dois anos anteriores.

Gráfico 5.2 Distribuição das reclamações por ramos, em valores percentuais (2007-2009)

O Quadro 5.3 ilustra a *Distribuição das reclamações por ramos, em valores relativos dos prémios*. Deste modo, verifica-se que, no período em apreço, foram apresentadas, por cada cem milhões de euros de prémios, aproximadamente 47 reclamações, o que representa um aumento face ao período anterior.

Quadro 5.3 Distribuição e variação das reclamações por ramos, em valores relativos dos prémios (2007-2009)

		Número de reclamações por cada cem milhões de euros em prémios			Variação (em %)	
		2007	2008	2009	2008 VS 2007	2009 VS 2008
Ramo Vida		6	8	11	30,81%	39,11%
Ramos Não Vida	Automóvel	137	146	214	6,16%	46,79%
	Incêndio/multirriscos	53	57	78	7,37%	36,08%
	Doença	56	69	89	21,73%	29,65%
	Acidentes	26	40	51	55,85%	27,58%
	RC geral	86	85	133	-0,91%	56,32%
	Não enquadráveis	176	202	187	14,72%	-7,52%
Total Geral		34	34	47	1,91%	35,98%

Os elementos incluídos nos gráficos 5.3 a 5.6 *infra*, referentes à distribuição do *rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros) nos ramos Vida e Não Vida*, permitem apurar que a maioria das empresas de seguros mantém um rácio de reclamações inferior à média.

Contudo, o número médio de reclamações é influenciado pelos rácios mais elevados de reclamações de um pequeno grupo de operadores.

Gráfico 5.3 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)

Empresas de seguros do ramo Vida, com volume de prémios superior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, superior a um

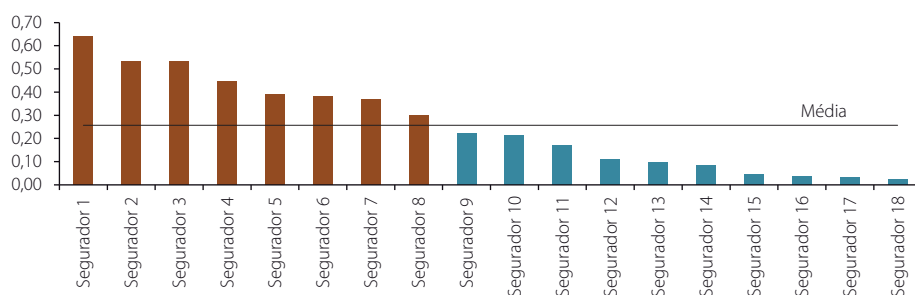
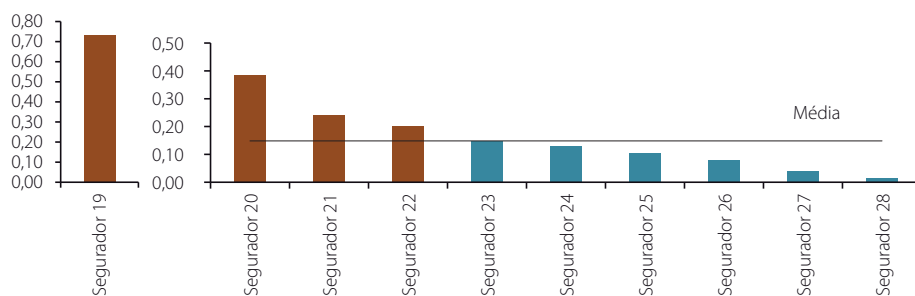


Gráfico 5.4 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)

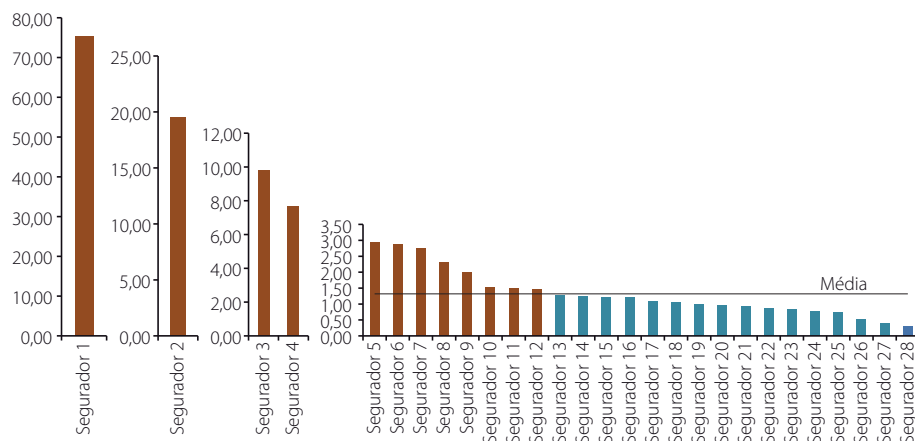
Empresas de seguros do ramo Vida, com volume de prémios inferior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, inferior a um



Apresenta um rácio desviante da média

Gráfico 5.5 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)

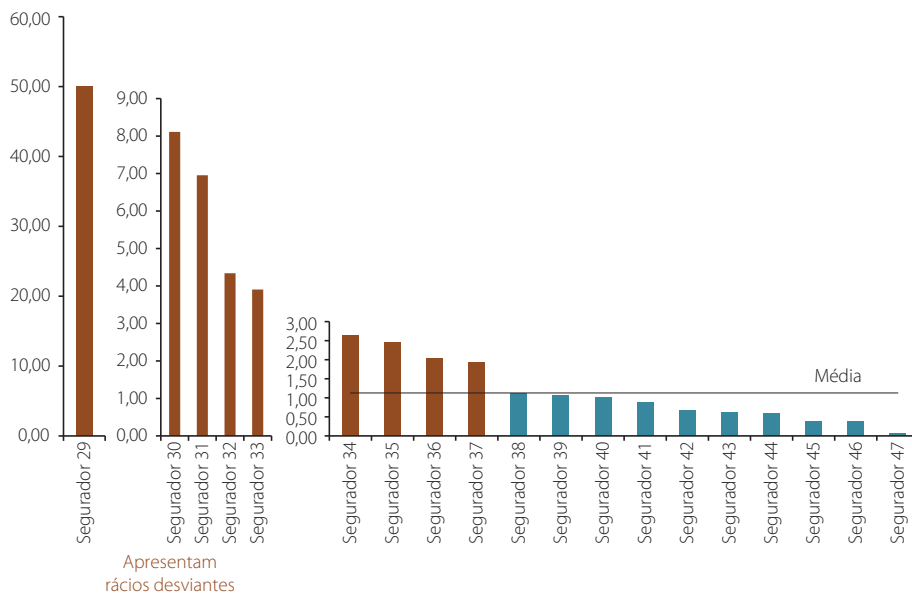
Empresas de seguros dos ramos Não Vida, com volume de prémios superior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, superior a um



Apresentam rácios desviantes

Gráfico 5.6 Rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros)

Empresas de seguros dos ramos Não Vida, com volume de prémios inferior a um milhão de euros e/ou o número de reclamações mensais, em média, inferior a um



5.3.3 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação

Concluída a análise do número de reclamações apresentadas junto do ISP em 2009, bem como a sua comparação com os valores verificados em anos anteriores, expõem-se, seguidamente, as principais matérias objecto de reclamação no período em referência.

Gráfico 5.7 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009)

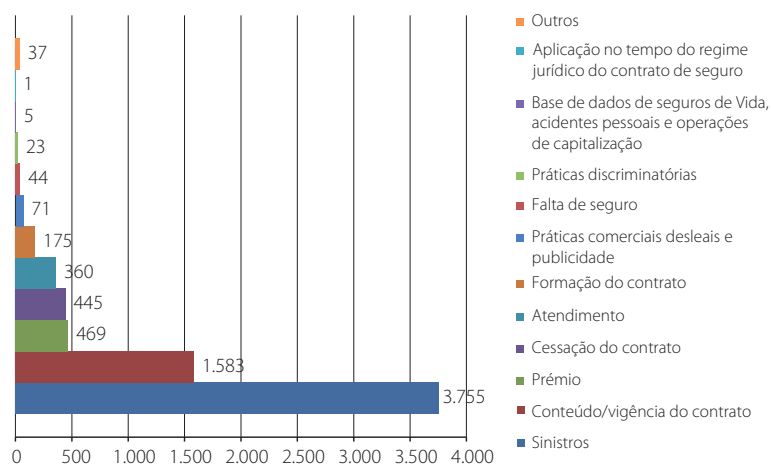
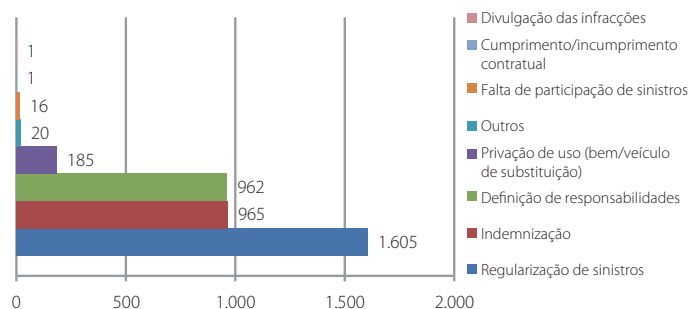


Gráfico 5.8 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) - Sinistros



Com base no gráfico anterior é possível observar a distribuição das reclamações relativas a sinistros, por assunto objecto de reclamação.

Face aos dados disponíveis, é de sublinhar que aproximadamente 43% das reclamações formalizadas, enquadráveis nesta categoria, dizem respeito à *Regularização de sinistros*, secundadas pelas reclamações relativas à *Indemnização* e à *Definição de responsabilidades* que representam, respectivamente, cerca de 25% do total das reclamações relativas a sinistros.

Gráfico 5.9 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Sinistros

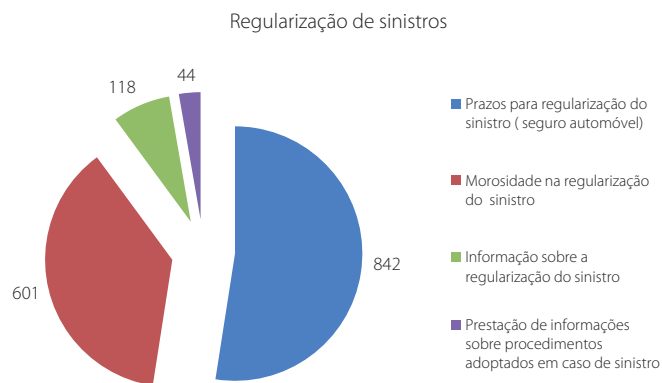
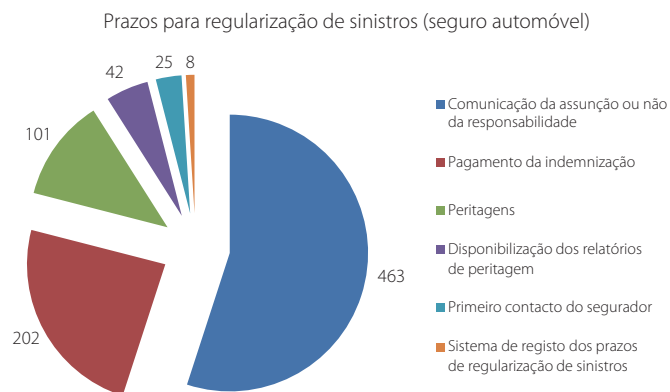


Gráfico 5.10 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Regularização de sinistros

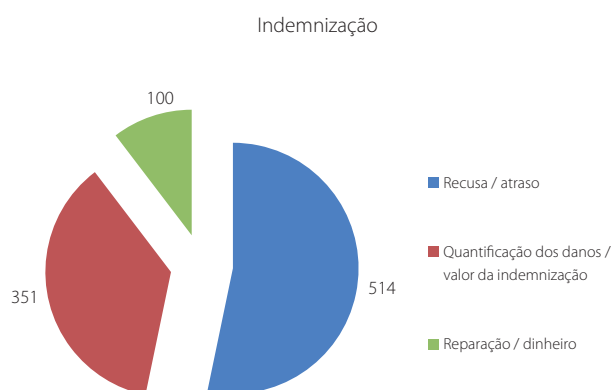


Atendendo à relevância da matéria da regularização de sinistros, pretendeu-se, no gráfico 5.9, aferir da distribuição das 1.605 reclamações relativas a este tema, por tipo de assunto, tendo-se verificado que cerca de 53% das mesmas eram referentes aos prazos previstos no âmbito do regime do seguro obrigatório de responsabilidade civil automóvel, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto.

Assim, o gráfico 5.10 *supra*, permite destriçar as reclamações referentes aos prazos fixados no contexto da regularização de sinistros automóvel, por tipo de prazo.

Depreende-se do estudo dos elementos estatísticos em apreço que a maioria das reclamações expostas contesta o cumprimento, por parte das empresas de seguros, dos *prazos relativos à comunicação da assunção ou não de responsabilidade*⁴, seguindo-se as reclamações relativas ao cumprimento do prazo para o *pagamento de indemnização* que seja devida.

Gráfico 5.11 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Sinistros



Considerando que 965 das reclamações apresentadas no quadro da categoria *Sinistros* podem ser reconduzidas à matéria *Indemnização*, visou-se, no gráfico anterior, focar as questões objecto de reclamação integradas neste cenário.

Deste modo, é possível apurar que cerca de 53% das reclamações em exame respeitam à *recusa ou ao atraso* na concessão de indemnização e aproximadamente 36% são referentes à *quantificação dos danos* ou ao *valor da indemnização* definido pela empresa de seguros.

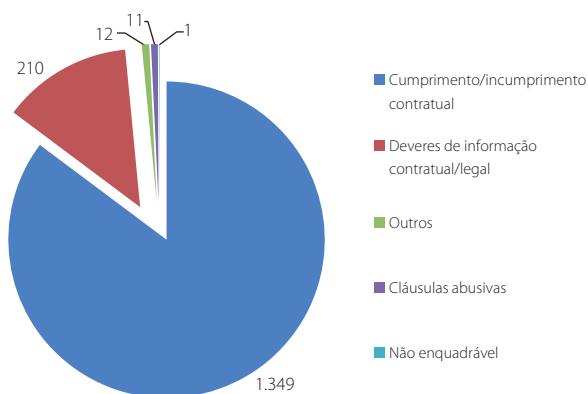
Finalmente, no âmbito da distribuição das reclamações relativas a sinistros que se inserem na subcategoria *privação de uso (bem/veículo de substituição)* – ilustrada no Gráfico 5.8 –, é de realçar que, na sua maioria (em cerca de 90% dos casos), as mesmas se reportam à recusa ou morosidade na atribuição do bem ou do veículo de substituição.

Iniciando o exame das participações enquadráveis no tema *conteúdo/vigência do contrato* (1.583 reclamações), assinala-se que 85% das mesmas concernem a questões de *cumprimento/incumprimento contratual*.

⁴ Prazo de 30 dias úteis a contar do termo do prazo fixado para proceder ao primeiro contacto, podendo este prazo ser reduzido para metade, no caso de existir declaração amigável de acidente automóvel ou duplicado, aquando da ocorrência de factores climáticos excepcionais ou de um número de acidentes excepcionalmente elevados em simultâneo.

De salientar, ainda, que 13% das reclamações respeitam à insatisfação dos reclamantes quanto ao cumprimento, pelos operadores, dos *Deveres de informação legal e contratualmente definidos*.

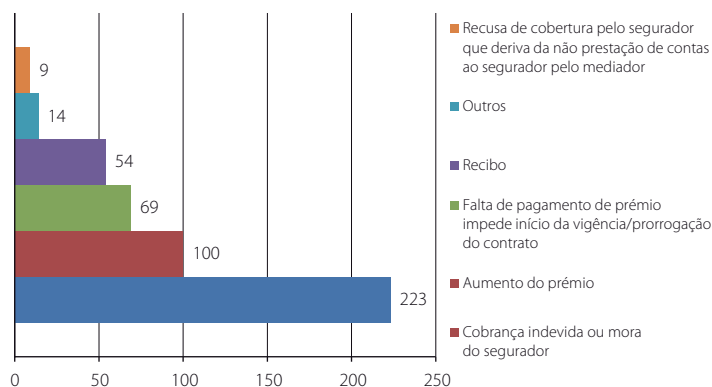
Gráfico 5.12 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Conteúdo/Vigência do contrato



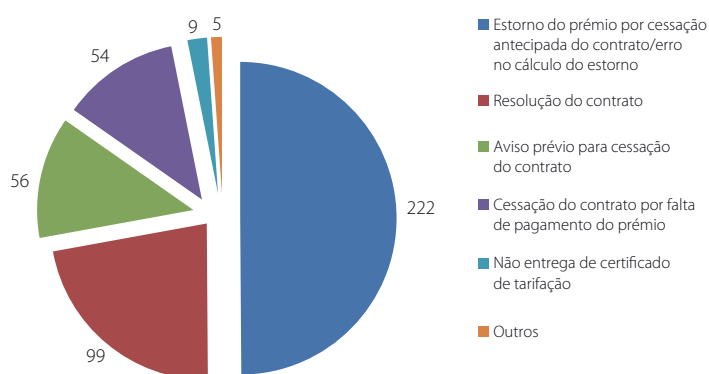
No tocante aos 469 processos de reclamações cujo conteúdo pode ser qualificado na categoria *Prémio*, conclui-se que, em cerca de 48% dos casos, os reclamantes referem a existência de *Cobrança indevida ou mora do segurador*.

Por seu turno, no concernente a, aproximadamente, 21% das participações efectuadas, é reportado o *Aumento do prémio* como principal motivo de reclamação.

Gráfico 5.13 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Prémio

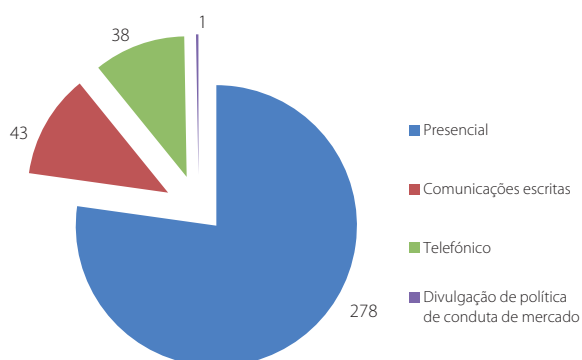


Na categoria *Cessação do contrato*, conforme se pode aferir da leitura do gráfico seguinte, o motivo que predominantemente originou reclamações em 2009 consistiu na ausência de *Estorno do prémio por cessação antecipada do contrato ou em erro no cálculo do estorno*, seguido pelas questões relativas à *Resolução do contrato*.

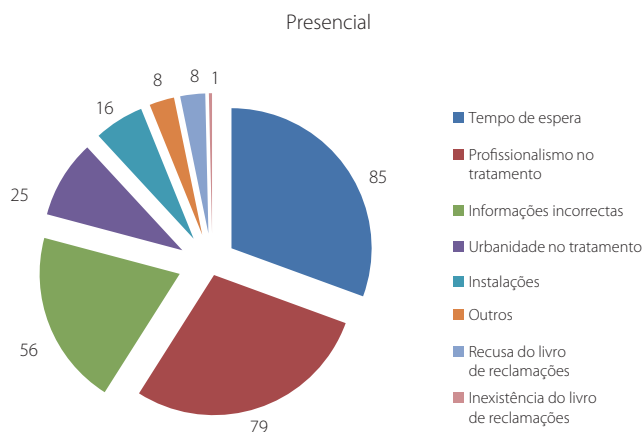
Gráfico 5.14 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Cessação do contrato

No respeitante às reclamações referentes ao atendimento, que se reportam a cerca de 5% do total das reclamações participadas e apreciadas pelo ISP no período em apreço, apura-se que estas podem maioritariamente dividir-se entre questões suscitadas no seguimento do atendimento *Presencial*, *Telefónico* ou no âmbito do envio de *Comunicações escritas*.

Na sequência, cerca de 77% das participações foram motivadas pela insatisfação do reclamante a propósito do atendimento presencial.

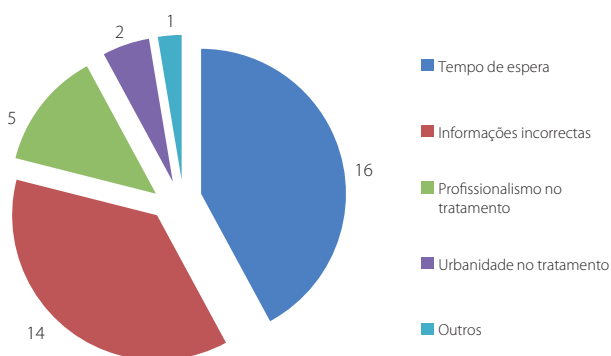
Gráfico 5.15 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Atendimento

Por seu turno, conforme ilustrado no gráfico 5.16, a maioria das reclamações enquadradas no atendimento presencial foram justificadas pelo elevado *Tempo de espera* (31%), pela falta de *Profissionalismo no tratamento* (28%) e pela transmissão de *Informações incorrectas* (20%).

Gráfico 5.16 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Atendimento

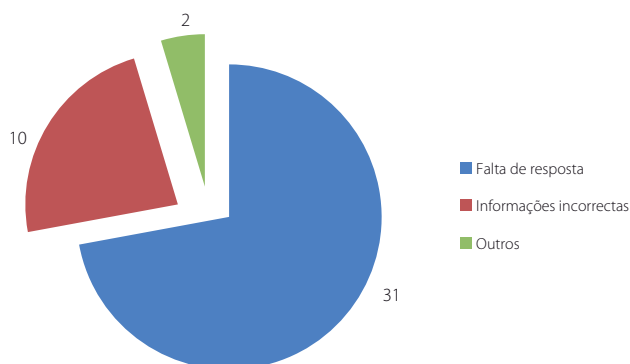
No que respeita ao atendimento telefónico, confirma-se a tendência verificada paralelamente para o atendimento presencial, ocupando o elevado *Tempo de espera* um lugar preponderante na categorização dos motivos de reclamação (42% dos casos).

Gráfico 5.17 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Atendimento telefónico



Contudo, no contacto entre os reclamantes e os operadores, com recurso a procedimentos escritos, destaca-se que a *Falta de resposta* por parte dos mesmos é o principal motivo de queixa, representando cerca de 72% das reclamações relativas a este conjunto.

Gráfico 5.18 Distribuição das reclamações por matéria objecto de reclamação (2009) – Atendimento /Procedimentos escritos



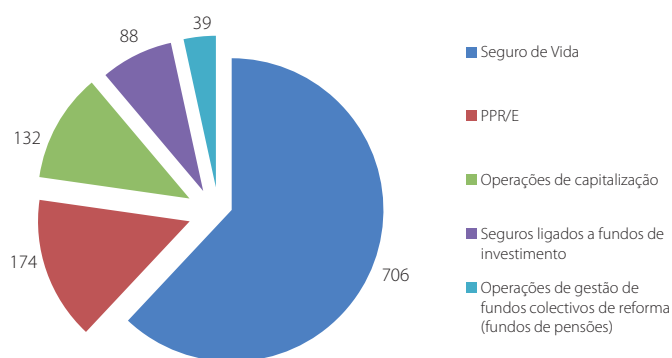
5.3.4 Distribuição das reclamações por ramos / tipo / modalidade de seguro

No domínio da análise da evolução das reclamações, importa ainda aludir à distribuição das reclamações recebidas pelo ISP, referente às entidades sujeitas à sua supervisão, por ramo, tipo ou modalidade de seguro.

Neste âmbito, cumpre salientar que cerca de 84% das reclamações apresentadas ao ISP se referem a seguros dos ramos Não Vida.

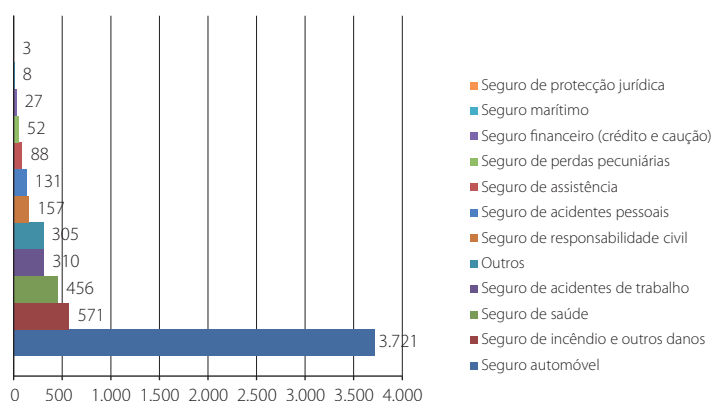
Por sua vez, o gráfico seguinte evidencia a distribuição das reclamações referentes a seguros do ramo Vida, sendo possível aferir que 62% das reclamações que se inserem neste ramo identificam o *Seguro de Vida*.

Gráfico 5.19 Distribuição das reclamações por ramos (2009) – Ramo Vida



Já atendendo à distribuição das reclamações referentes ao *Seguro de Vida*, por tipo de cobertura, constatou-se, na análise realizada, que na maior parte dos casos (84%), as reclamações efectuadas respeitavam unicamente à cobertura *morte/vida/misto*.

Gráfico 5.20 Distribuição das reclamações por ramos (2009) – Ramos Não Vida



Nos ramos Não Vida e conforme ilustrado no gráfico *supra*, é no *Seguro automóvel*, o seguro de massa mais representativo, que se agrupam 64% das reclamações.

Por seu turno, dentro do seguro automóvel, destaca-se que a cobertura relativa à *Responsabilidade civil obrigatória* é aquela que ocupa uma posição de maior destaque (representando 87% das reclamações relativas a este seguro).

Gráfico 5.21 Distribuição das reclamações por ramos (2009) – Ramos Não Vida

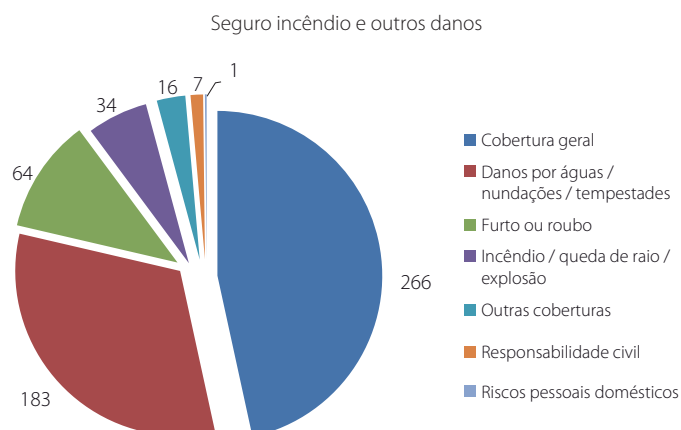
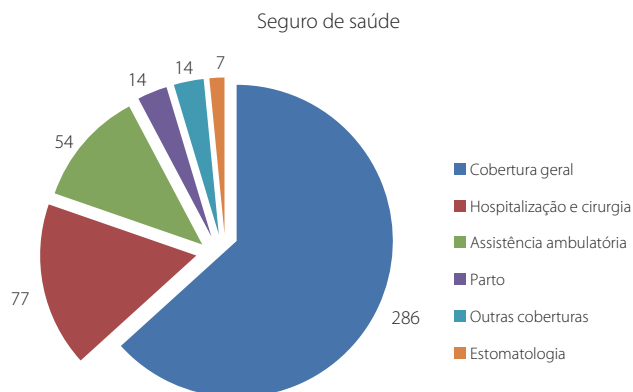


Gráfico 5.22 Distribuição das reclamações por ramos (2009) – Ramos Não Vida



Já os gráficos anteriores demonstram a distribuição das reclamações no âmbito do *Seguro de incêndio e outros danos* e do *Seguro de saúde*, respeitando, conforme é possível verificar, a maioria das reclamações apresentadas a cobertura geral no domínio dos seguros contratados.⁵

A título complementar, convém sublinhar que, do total de reclamações dirigidas ao ISP em 2009, em 68% dos processos (correspondendo a 4.707 reclamações), verificou-se ter existido sinistro associado à participação da reclamação.

5.3.5 Tipo/Qualidade do reclamante

Visando obter uma imagem o mais completa e fiel possível das reclamações apresentadas ao ISP, em 2009, importa igualmente aferir da distribuição de reclamações por *Tipo/Qualidade de reclamante*.

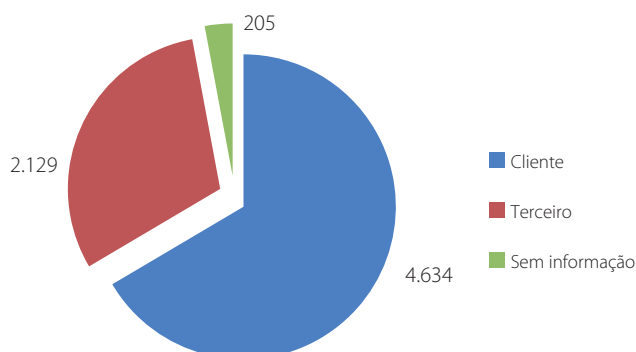
Nestes termos, cumpre salientar que, em 67% dos casos, os reclamantes efectuaram a sua participação na qualidade de *Cliente* da entidade supervisionada, seguindo-se as reclamações efectuadas por *Terceiro*.

A análise das categorias em apreço permitiu examinar, de forma mais detalhada, o vínculo contratual do reclamante com a entidade reclamada.

Deste modo, destaca-se que 73% dos reclamantes que se inserem na categoria *Cliente* (equivalendo a 3.370 reclamantes) apresentam a sua reclamação na qualidade de *tomador do seguro*.

Por seu turno, no que concerne à categoria *Terceiro*, a maior parte dos reclamantes (cerca de 90%) assume-se como *terceiro lesado*.

Gráfico 5.23 Distribuição de reclamações (2009) – Tipo/Qualidade do reclamante



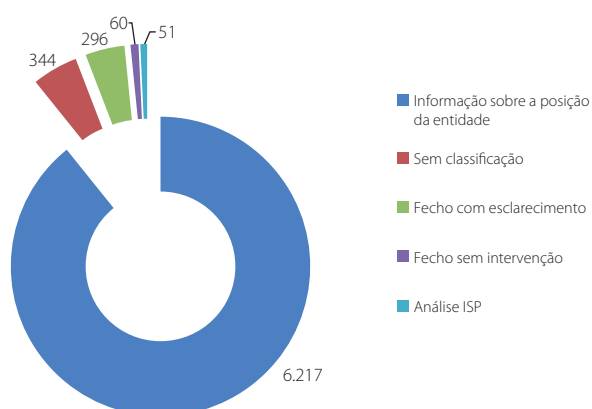
⁵ Foram igualmente incluídas na categoria *Cobertura geral*, as reclamações relativamente às quais não é identificada a cobertura dos seguros contratados.

5.3.6 Encerramento do processo de reclamação

Na sequência do estudo efectuado, releva ainda conhecer o desfecho dos processos relativos a reclamações.

Desde logo, a análise do gráfico *infra* permite apurar que em cerca de 89% dos processos encerrados foi possível obter informação sobre a posição da entidade reclamada quanto à pretensão inicial do reclamante.

Gráfico 5.24 Distribuição de reclamações (2009) – Conclusão do processo de reclamação



Por outro lado, a informação vertida nos gráficos seguintes é passível de demonstrar que, quanto a 55% das reclamações, houve uma resposta favorável da entidade reclamada às pretensões do reclamante. Adicionalmente, apura-se que, nas situações em que a entidade reclamada efectuou uma primeira apreciação da matéria objecto de reclamação, a resposta favorável ao reclamante verifica-se com maior frequência.

De facto, estes dados revelam-se alinhados com a tendência verificada nos dois anos anteriores.

Gráfico 5.25 Distribuição de reclamações (2009) – Desfecho da reclamação

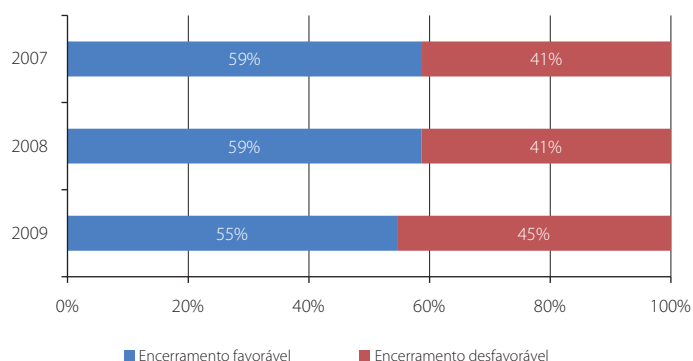
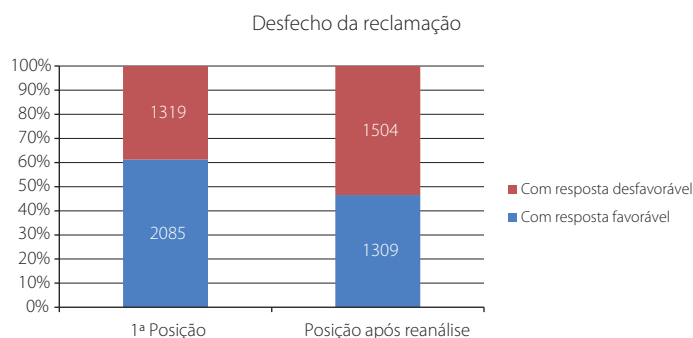


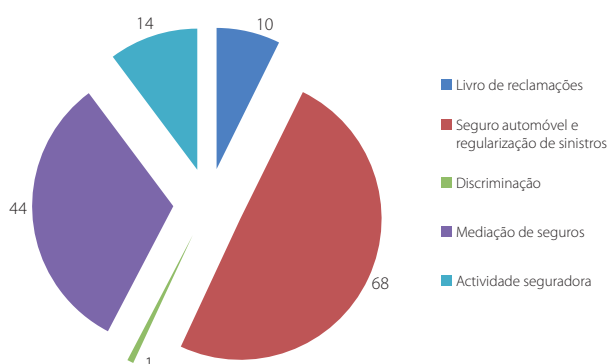
Gráfico 5.26 Distribuição de reclamações (2009) – Informação sobre a posição da entidade

5.3.7 Exercício de poderes de supervisão e sancionatórios

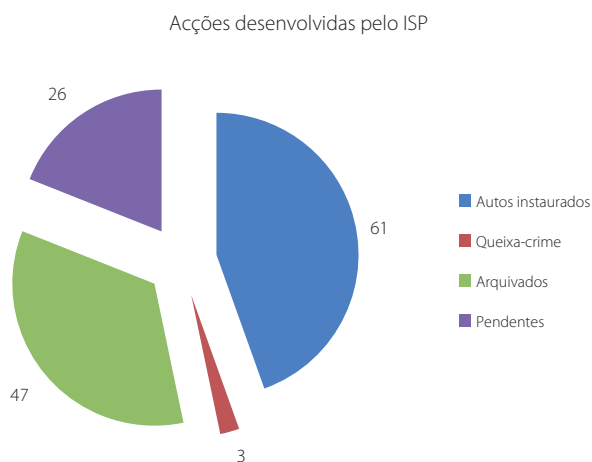
No domínio das atribuições de fiscalização e eventual determinação e aplicação de sanções de natureza contra-ordenacional, e no que concerne aos casos apreciados, é igualmente de destacar o facto de terem sido analisados 137 processos com origem em reclamações.

Com efeito, os processos de natureza sancionatória originados por reclamações representaram, no ano em apreço, cerca de 58% do universo total.

Dos 137 processos com origem em reclamações, e conforme é possível observar da leitura do gráfico seguinte, aproximadamente 50% respeitam ao *seguro automóvel* e à matéria de *regularização de sinistros*, seguindo-se as reclamações relativas ao *exercício da actividade de mediação de seguros* (32%).

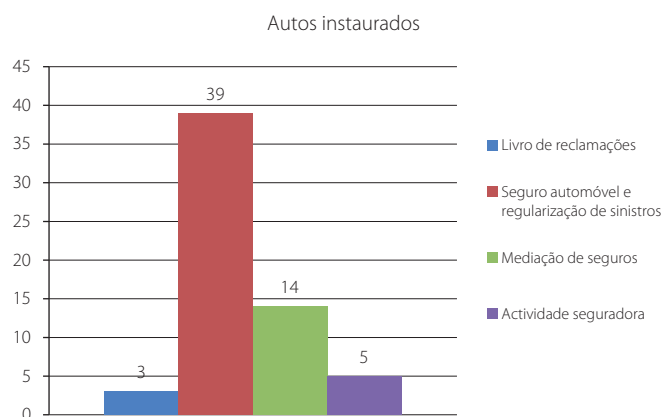
Gráfico 5.27 Processos analisados pelo ISP para efeitos sancionatórios com origem em reclamações

Como resultado da apreciação dos processos abertos para análise no contexto da prossecução de competências sancionatórias e que tiveram origem em reclamações, o ISP instaurou, até ao final de 2009, 61 autos (correspondendo a 45% do total) e procedeu ao arquivamento de 47 processos, encontrando-se, no final do ano em referência, 26 processos em análise. Acresce que, em três situações, o respectivo seguimento conduziu à formalização de queixa-crime.

Gráfico 5.28 Processos analisados pelo ISP para efeitos sancionatórios com origem em reclamações

No respeitante às matérias objecto dos autos instaurados pelo ISP, com origem em reclamações, sublinham-se uma vez mais as questões relativas ao *seguro automóvel* e à *regularização de sinistros* (64%).

Com efeito, conforme referido anteriormente, esta temática corresponde àquela que mais frequentemente é indicada como fundamento para a apresentação de uma reclamação (porventura, pela sua relevância no contexto do relacionamento entre operadores e credores específicos de seguros).

Gráfico 5.29 Processos analisados pelo ISP para efeitos sancionatórios com origem em reclamações

5.3.8 Apreciação de dados estatísticos sobre o tratamento de reclamações pelo ISP: conclusões

A análise dos elementos de natureza estatística *supra* descritos permite fundamentar as seguintes conclusões:

- De uma forma geral, a tendência verificada em 2009 acompanha a observada nos dois anos anteriores;

- O número de reclamações recebidas pelo ISP em 2009 sofreu um acréscimo superior a 30% em relação ao ano anterior, não sendo alheio a esse facto a circunstância de terem vindo a ser desenvolvidos instrumentos, mecanismos e procedimentos que visam facilitar o acesso às estruturas de tratamento de reclamações por parte dos interessados;
- Apesar de as reclamações recebidas directamente pelo ISP superarem, em número, as registadas via Livro de Reclamações, não pode deixar de sublinhar-se a frequência com que este é utilizado para o efeito;
- As participações recebidas em maior número enquadram-se no ramo automóvel e, seguidamente, no ramo Vida e nos seguros do tipo incêndio-multirriscos;
- Neste universo, constata-se que foram apresentadas cerca de 47 reclamações, por cada cem milhões de euros em prémios;
- No que se refere à distribuição do rácio de reclamações por prémios (em milhões de euros) nos ramos Vida e Não Vida, conclui-se que a maior parte das empresas de seguros regista um rácio de reclamações inferior à média;
- Entre os motivos subjacentes às reclamações destacam-se as seguintes matérias: (i) sinistros (em especial, a regularização de sinistros e a definição de responsabilidades), (ii) conteúdo/vigência do contrato (concretamente, as questões relativas a cumprimento e incumprimento contratual) e (iii) prémio (predominando a cobrança indevida ou mora do operador);
- No que concerne ao tipo/qualidade do reclamante, é de salientar que, na maioria dos casos, são os clientes quem mais participações apresenta (e, entre estes, os tomadores de seguros);
- Na maior parte dos processos de reclamação apreciados, a resposta foi favorável à pretensão formulada pelo reclamante;
- A maioria dos casos analisados (*i.e.*, 137), no contexto da ponderação da adopção de medidas de cariz sancionatório, teve origem em processos de reclamação, relacionando-se praticamente metade com o tema seguro automóvel e regularização de sinistros. Daquele conjunto, foram instaurados 61 autos de contra-ordenação e efectuadas três queixas-crime.

5.4 Exemplos de reclamações e respectiva apreciação

Nesta secção, elenca-se um conjunto de temas que, segundo o ISP, merecem ser objecto de destaque, atendendo à importância que revestem na perspectiva dos credores específicos de seguros e de fundos de pensões e, bem assim, por se verificar que motivam frequentemente participações contra os operadores.

5.4.1 Seguro de responsabilidade civil automóvel

Exemplo 1

Aquando da ocorrência de um sinistro automóvel, o causador dos danos apresentou ao lesado uma carta verde que se encontrava válida à data do sinistro. Contactada a empresa de seguros, esta rejeitou a responsabilidade, alegando que o tomador do seguro não havia pago o respectivo prémio.

Apreciação

As empresas de seguros devem assegurar que os documentos comprovativos da validade do seguro não são emitidos antes do pagamento do prémio. Tal emissão deve ser controlada, com rigor, mediante a implementação dos procedimentos que se revelem adequados para o efeito, sobretudo, à luz da finalidade de protecção de terceiros lesados.

O período de validade da carta verde deve coincidir com o período coberto pelo pagamento do prémio, em consonância com o n.º 10 do artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 291/2007, de 21 de Agosto.

Tendo emitido certificados provisórios e/ou cartas verdes com um determinado período de validade, as empresas de seguros não podem declinar, perante terceiros de boa fé, a regularização de sinistros que ocorram durante esse período.

Exemplo 2

O reclamante afirma ter celebrado um seguro de responsabilidade civil automóvel com cobertura de danos próprios e que a empresa de seguros está a propor pagar, em sede de perda total, um valor muito inferior àquele pelo qual o veículo foi adquirido.

Apreciação

No momento da contratação, o tomador do seguro pode optar por dois critérios alternativos para efeitos da determinação do capital seguro, que se destinam a vigorar durante o período do contrato, no que concerne à perda total, a saber:

- Valor fixo que seja acordado, não existindo qualquer desvalorização do veículo (artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 214/97, de 16 de Agosto); ou
- Actualização automática do valor seguro através de uma tabela de desvalorização (artigos 2.º e 4.º do Decreto-Lei n.º 214/97, de 16 de Agosto).

Frequentemente, o contrato faz menção à tabela de desvalorização automática. Contudo, este tipo de informação deve ser prestado ao tomador do seguro previamente à contratação. Com efeito, nos termos do artigo 7.º do diploma referenciado, a empresa de seguros deve fornecer, nomeadamente, os seguintes elementos informativos:

- a) Os critérios de actualização anual do valor do veículo seguro e respectiva tabela de desvalorização;
- b) O valor a considerar para efeitos de indemnização em caso de perda total.

5.4.2 Pagamento de prémios

Exemplo 3

O reclamante contratou um seguro de vida, mas, por esquecimento, não pagou o prémio referente ao último aviso de pagamento. Na sequência, a empresa de seguros transmitiu que o contrato tinha cessado.

Apreciação

À determinação da consequência da falta de pagamento do prémio (ou sua fracção) nos contratos de seguro de vida não é aplicável a regra da resolução automática prevista no artigo 61.º do regime jurídico do contrato de seguro (RJCS)⁷ – *ex vi* artigo 58.º do RJCS –, válida para a maioria dos seguros, resultando a mesma do acordado entre as partes. Assim, pode um seguro de vida encontrar-se ainda válido mesmo quando não tenha existido pagamento, se tal situação estiver consagrada no contrato.

Anteriormente, impendia sobre a empresa de seguros a obrigação de interpelar o tomador do seguro, para efeitos de pagamento, concedendo-lhe um prazo, nunca inferior a oito dias, para liquidação da quantia em falta (cfr. artigo 33.º do Decreto de 21 de Outubro de 1907), correspondendo esta a uma prática que se mantém, apesar da redacção algo distinta do artigo 203.º do RJCS. Esta disposição pode conferir à empresa de seguros, consoante a situação concreta e o teor do acordado contratualmente, o direito à resolução do contrato, pelo que será sempre determinante observar o que refere cada contrato de seguro sobre esta matéria.

5.4.3 Seguro de incêndio/multirriscos

Exemplo 4

O reclamante alega que a empresa de seguros assumiu como capital seguro um valor inferior àquele pelo qual adquiriu o imóvel.

Apreciação

A determinação do capital seguro, no início e durante a vigência do contrato, é sempre da responsabilidade do tomador do seguro. O valor do capital seguro, no que concerne a edifícios, deverá corresponder ao custo de mercado da respectiva reconstrução, tendo em conta o tipo de construção ou outros factores que possam influenciar esse custo, ou, ainda, ao valor matricial, no caso de edifícios para expropriação ou demolição. À excepção do valor dos terrenos, todos os elementos devem ser tomados em consideração para a determinação do capital seguro, incluindo o valor proporcional das partes comuns.

⁶ Aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril.

5.4.4 Seguro de saúde

Exemplo 5

A empresa de seguros tem vindo a aumentar anualmente o valor do prémio, considerando o reclamante que é excessivo, por não pretender um seguro de saúde que aumente numa percentagem superior à inflação.

Apreciação

Os seguros de saúde são subscritos, em regra, com uma periodicidade anual e renovável, pelo que, em cada renovação, podem ser alteradas algumas coberturas (por exemplo, no sentido do alargamento ou redução) ou proceder-se ao aumento ou à diminuição do prémio. As alterações devem ser comunicadas com uma antecedência mínima de trinta dias em relação à data da renovação, podendo o tomador do seguro discordar das mesmas; situação que motiva a comunicação à empresa de seguros do facto de não aceitar as alterações propostas e que tem por efeito impedir a renovação do contrato.

Atendendo à evolução da sinistralidade decorrente da utilização das garantias cobertas pelos contratos e, bem assim, ao aumento do custo generalizado dos bens de saúde, o prémio pode, efectivamente, registar um aumento superior à inflação.

Exemplo 6

A empresa de seguros não participa as despesas relativas a um exame médico por entender que o mesmo não era necessário, baseando a sua posição numa cláusula genérica que integra as condições contratuais e que lhe permite avaliar e decidir livremente sobre os custos considerados "necessários".

Apreciação

Não obstante o princípio de liberdade contratual aplicável aos contratos de seguro (e, entre estes, os de saúde), existem disposições legais susceptíveis de fundamentar a invalidade de certas cláusulas contratuais.

No tocante a algumas apólices de seguro de saúde, é possível verificar a introdução de uma exclusão dos actos clínicos que não sejam considerados, por parte da empresa de seguros ou pela entidade gestora do contrato, como serviços clinicamente necessários, sem que tal signifique que as mesmas conferem poderes interpretativos exclusivos ao segurador.

De facto, aquelas cláusulas devem antes ser interpretadas como uma delimitação positiva do âmbito das coberturas do contrato, no sentido de se salvaguardar que os actos clínicos sejam necessários e adequados às circunstâncias verificadas em cada caso em concreto.

OISP entende que os clausulados devem dispor de uma cláusula de arbitragem que permita resolver eventuais diferendos decorrentes da aplicação do contrato, por forma a que, discordando um segurado do enquadramento proposto pela empresa de seguros, face ao seu estado clínico, sempre terá a possibilidade de recorrer àquele mecanismo de resolução extrajudicial de conflitos.

Entende-se ser mais adequado que as cláusulas daquele tipo passem a mencionar que estão cobertos os actos clínicos considerados necessários, face ao quadro clínico do segurado e de acordo com os protocolos e padrões reconhecidos pela comunidade médica como, aliás, já figura em algumas apólices de seguros de saúde.

Este entendimento é válido, de igual modo, para quaisquer outras exclusões ou cláusulas limitativas do contrato que prevejam caber à empresa de seguros (ou aos seus administradores ou gestores de serviços de saúde) a definição de conceitos ou o enquadramento de situações para que uma determinada cobertura possa ser accionada, sem que esteja prevista contratualmente a exigência de um critério ou de fundamentação explicitamente sustentados em princípios médicos.

5.5 Reclamações apreciadas pelos provedores dos participantes e beneficiários e recomendações emitidas em 2009

5.5.1 Considerações gerais

A figura do provedor dos participantes e beneficiários, estrutura de governação dos fundos de pensões, foi introduzida no ordenamento jurídico português com a entrada em vigor do Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de Janeiro (cfr. artigo 54.º, complementado pelas disposições que o concretizam, na Norma Regulamentar n.º 7/2007-R, de 17 de Maio).

Ao provedor dos participantes e beneficiários para as adesões individuais aos fundos de pensões abertos – de designação obrigatória por parte das entidades gestoras (podendo ser nomeado por fundo de pensões, por entidade gestora ou por respectiva associação) –, compete-lhe analisar as reclamações apresentadas por participantes e beneficiários ou seus representantes.

É de realçar que o provedor deverá corresponder a entidade ou perito independente de reconhecido prestígio e idoneidade e que o enquadramento legal e regulamentar vigente lhe confere poderes consultivos; em concreto, a possibilidade de dirigir recomendações às entidades gestoras na sequência da apreciação das reclamações recebidas. Por seu turno, perante uma recomendação formulada pelo provedor, pode a entidade gestora decidir acatá-la ou não (nesse caso, assiste, naturalmente, ao reclamante, a possibilidade de, querendo, recorrer aos tribunais ou a mecanismos de resolução extrajudicial de litígios).

Note-se, ainda, que nos termos do n.º 6 do artigo 54.º do Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de Janeiro e do artigo 38.º da Norma Regulamentar n.º 7/2007-R, de 17 de Maio, as recomendações emitidas pelo provedor são objecto de divulgação, com periodicidade anual, através de um dos seguintes meios: (i) sítio da Internet do ISP (do qual constará a hiperligação para o sítio onde as recomendações são publicitadas, a comunicar pelas entidades gestoras, sempre que o sejam noutros locais), (ii) sítio da Internet da entidade gestora (ou, se esta não dispuser de sítio autónomo, em área expressamente reservada e devidamente assinalada em sítio institucional de grupo empresarial de qual a entidade faça parte) ou (iii) sítio da Internet da associação de entidades gestoras de fundos de pensões, caso o provedor seja nomeado por esta.

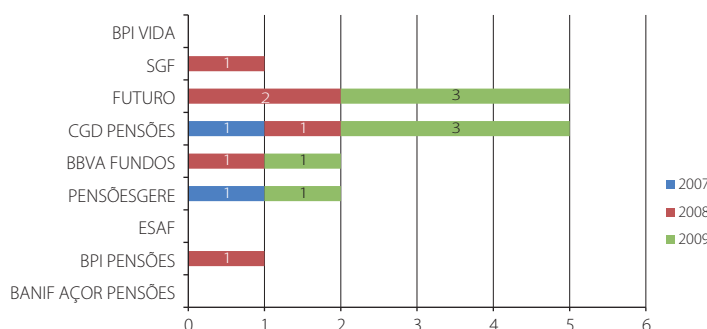
Por seu turno, até ao final de cada ano, o provedor deve remeter, ao ISP e às entidades gestoras envolvidas, a informação a divulgar quanto às recomendações formuladas no decurso do exercício anterior e que deverá fazer referência às seguintes menções: (i) designação da entidade gestora, (ii) designação do fundo de pensões, (iii) objecto da reclamação, (iv) recomendação do provedor e (v) indicação sobre o acolhimento (ou não) da recomendação do provedor pela entidade gestora.

No sítio da Internet do ISP, em secção dedicada ao provedor dos participantes e dos beneficiários, encontram-se reunidos os contactos dos provedores das entidades gestoras⁷ e, bem assim, as recomendações reportadas e que se referem aos anos de 2007 a 2009⁸.

5.5.2 Apresentação e análise dos dados referentes às recomendações

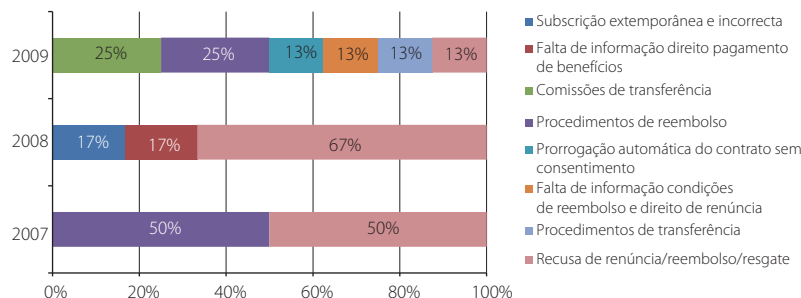
A título preliminar, convirá destacar que as recomendações reportadas ao ISP em 2007, 2008 e 2009 referem-se às emitidas pelo provedor dos participantes e beneficiários designado pela Associação Portuguesa de Fundos de Investimento, Pensões e Patrimónios (APFIPP) – abrangendo nove entidades gestoras, uma das quais não Associada da APFIPP e que corresponde a empresa de seguros⁹ –, sendo de concluir que não foram formuladas recomendações, no período em referência, por parte dos demais provedores instituídos.

Gráfico 5.30 Número de recomendações por entidade gestora (Total 2007-2009)



A leitura do gráfico 5.30 *supra* permite constatar que o número de recomendações efectuadas pelo provedor designado pela APFIPP tem vindo a aumentar. Cerca de seis entidades gestoras (entre nove) foram destinatárias de recomendações.

Gráfico 5.31 Objecto da recomendação



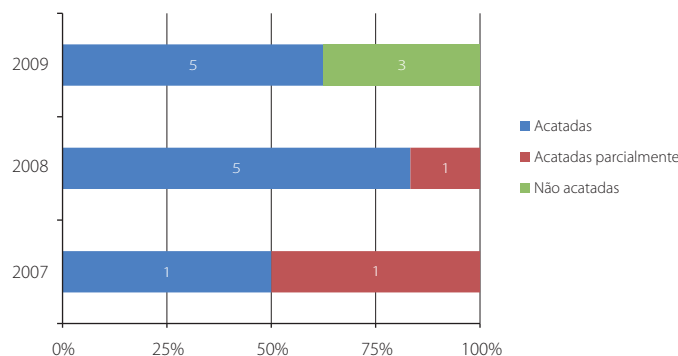
⁷ Disponível <http://www.isp.pt/NR/exeres/009E02AE-4202-4EB5-B131-CFEC2F990980.htm>.

⁸ Acessível em <http://www.isp.pt/NR/exeres/9CFC1EA1-C816-4A84-9454-904EFC573FA2.htm>.

⁹ É de assinalar que o peso dos montantes geridos pelas entidades gestoras em apreço é de, aproximadamente, 88,2% dos montantes geridos relativamente ao universo de fundos abertos com adesões colectivas/individuais e, exclusivamente, com adesões individuais.

Ponderados os motivos das reclamações apresentadas por participantes ou beneficiários, apresenta-se, no gráfico 5.31, o conjunto de fundamentos que estiveram na base do elenco de recomendações efectuadas no período em apreço. É de ressaltar a relevância dos seguintes motivos: (i) falta de informação sobre os direitos relacionados com o pagamento dos benefícios, (ii) procedimentos de reembolso e (iii) comissões de transferência.

Gráfico 5.32 Posição da entidade gestora



Através dos dados apresentados no gráfico 5.32 *supra*, constata-se que, na quase totalidade das situações, as entidades gestoras acataram (integral ou parcialmente) as recomendações formuladas pelo provedor.

Quanto aos três casos em que se verificou o não acolhimento das recomendações efectuadas pelo provedor do cliente, os operadores em apreço referiram, por exemplo, que o teor da reclamação e a intervenção do provedor representaram uma oportunidade de reflexão sobre a avaliação dos procedimentos implementados (no contexto da ponderação da respectiva reorganização), ou que os factos alegados na reclamação *sub judice* e que fundamentaram a recomendação do provedor não correspondem à leitura que o operador efectuou relativamente aos mesmos.

5.5.3 Apreciação de dados estatísticos sobre a actividade dos provedores do cliente: conclusões

O exame do universo das recomendações efectuadas entre 2007 e 2009 permite concluir pela importância da introdução desta estrutura de governação e, na prática, pela dinâmica associada à concretização da missão que prossegue.

No contexto do exercício das suas atribuições de cariz regulatório e de supervisão, o ISP não deixará de considerar o resultado da apreciação efectuada sobre a actividade dos provedores dos participantes e dos beneficiários. É também intenção do ISP proceder, em breve, a um estudo mais detalhado sobre este tema.

A experiência da aplicação do regime instituído será, nomeadamente, tida em conta em sede de balanço global a efectuar, de forma mais abrangente, no respeitante ao Decreto-Lei n.º 12/2006, de 20 de Janeiro (e, consequentemente, das Normas Regulamentares que o concretizam).

Reitera-se, igualmente, que as recomendações dos provedores dos participantes e beneficiários, bem como os respectivos contactos, se encontram disponíveis, sem prejuízo de outros locais, no sítio da Internet do ISP, em secção autónoma.